

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

No 543

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

M^{lle} BLOT (Marie-Laure)

Docteur ès sciences

Née le 17 Novembre 1902, à Mourmelon-le-Grand (Marne)

NATALITÉ
ET OBSTÉTRIQUE
EN INDOCHINE

Président de Thèse : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934

ANNÉE 1934

N°

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

M^{lle} BLOT (Marie-Laure)

Docteur ès sciences

Née le 17 Novembre 1902, à Mourmelon-le-Grand (Marne).

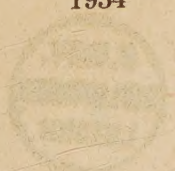
NATALITÉ
ET OBSTÉTRIQUE
EN INDOCHINE

Président de Thèse : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934



I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... G. ROUSSY

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
Hygiène et clinique de la première enfance	BEZANÇON.
Clinique des maladies des enfants.....	ACHARD.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	MARCEL LABBÉ.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEREBOULLET.
Clinique des maladies du système nerveux	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies infectieuses.....	H. CLAUDE.
Clinique chirurgicale.....	GOUGEROT.
Clinique ophtalmologique.....	GUILLAIN.
Clinique urologique.....	LEMIERRE.
Clinique d'accouchements.....	LENORMANT.
Clinique gynécologique	CUNEO.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	GRÉGOIRE.
Clinique thérapeutique médicale.....	GOSSET.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	TERRIEN.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	MARION.
Clinique propédeutique.....	COUVELAIRE.
Clinique de la Tuberculose.....	BRINDEAU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	JEANNIN.
Professeurs sans chaire.....	J.-L. FAURE.
	OMBRÉDANNE.
	RATHERY.
	LEMAITRE.
	PIERRE DUVAL.
	SERGEANT.
	LÉON BERNARD.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie médicale.....	BERNARD ETIENNE.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Pathologie chirurgicale.....	BROCQ.
Histologie	BULLIARD.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GALLIARD.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES.
Physiologie	GAYET.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Obstétrique	LACOMME.
Obstétrique	LANTUEJOUL.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie expérimentale.....	LEMAIRE
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pharmacologie	Mlle LEVY.
Neuro-psychiatrie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Physiologie	RICHET
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale.....	SENEQUE.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie expérimentale.....	TROISIER.
Pathologie médicale.....	TURPIN.
Pathologie médicale.....	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur).
Ophtalmologie	VELTER.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale.....	WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	P. M.
Clinique médicale	ABRAMI.
	AUBERTIN.
	BRULÉ.
	CHIRAY.
	DUVOIR.
Clinique obstétricale	HARVIER.
	LIAN.
	GUENIOT.
	LE LORIER.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale	METZGER.
	BASSET.
	CADENAT.
	HEITZ-BOYER.
	MOCQUOT.
	MOURE.
	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Stomatologie	FREY.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON MARI

A notre Président de Thèse

M. le Professeur COUVELAIRE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse. Hommage respectueux.*

A TOUS NOS MAITRES

DES FACULTÉS DE PARIS ET D'HANOI

CHAPITRE PREMIER

CONDITION DE LA FEMME EN INDOCHINE

Les habitudes, les croyances, l'opinion publique, les lois qui en découlent ont varié dans le temps pour tous les pays. Quelles étaient-elles, en Indochine, avant la législation française en ce qui concerne la situation de la femme et le mariage ? Il est nécessaire de s'en préoccuper si l'on veut saisir mieux les conditions dans lesquelles naissent et sont élevés les enfants. Que reste-t-il encore aujourd'hui de ces coutumes en face de la loi française ? On peut se demander en effet si notre Assistance médicale et sociale rencontre partout un terrain également favorable à son développement, et si les habitudes anciennes des nombreux et différents peuples de l'Union-indochinoise opposent une résistance égale à la pénétration des idées nouvelles.

Or, qu'avons-nous trouvé en Indochine ? D'abord l'influence de la civilisation chinoise, de ses habitudes médicales, de sa pharmacopée. Elle est depuis des siècles prépondérante en Annam, au Tonkin, même en Cochinchine, qui furent jadis territoires de colonisation chinoise, et sur de petits peuples autochtones qu'ils englobaient, par exemple les Thaïs, qui s'étendent depuis les confins de la Chine, et l'Indochine jusqu'à la Birmanie.

Au Sud, au contraire, les Khmers ou Cambodgiens ont subi l'influence des Hindous, et de leur civilisation. Enfin, en troisième lieu, il faut citer les populations refoulées dans les montagnes par les envahisseurs (Moïs, Khas, Chaïs) et qui gardent des coutumes extrêmement particulières.

Nous verrons combien la connaissance de ces différentes origines et civilisations sur tout ce qui concerne l'obstétrique et la natalité présente d'intérêt pour le médecin français.

CONDITION DE LA FEMME ANNAMITE

Par comparaison avec ce qui se passe dans les autres pays d'Orient ou d'extrême-Orient, on peut dire que la condition de la femme et de la fille annamite est des plus favorisée. Bien que, là encore, l'héritier du sexe féminin soit beaucoup moins bien accueilli que l'héritier mâle, seul chargé du culte des ancêtres, la femme est bien traitée, et n'est jamais malmenée, comme le sont les femmes hindoues dès leur plus jeune âge.

La « suppression des enfants du sexe féminin » n'existe pas en milieu annamite. S'il arrive encore parfois, dans certains cas, que l'on constate des sévices ou des mutilations sur de tout jeunes enfants, c'est simplement parce que la survivance de craintes rituelles amène les parents à se défendre contre les « esprits méchants », qui se sont glissés dans l'enfant malade, qui devient ainsi un danger pour sa famille.

Dans certaines tribus d'origine malayano-polynésienne (Moïs), subsiste encore le régime du matriarcat, avec ou sans polyandrie. Chez d'autres (Mans), les jeunes gens qui ne peuvent pas réunir une dot suffisante pour acheter leur femme, se louent et font un stage comme gendre, en venant alors habiter dans la famille de la femme.

AGE DE LA PREMIÈRE MENSTRUATION

Les auteurs ne sont pas tous d'accord pour le fixer. MONDIÈRE (1) donne les chiffres de 16 ans 4 mois pour les

(1) MANDIÈRE : Monographie de la femme Cochinchinoise, in *Bul. Soc. d'Anthropologie de Paris*, t. III, 3^e sér., 1880.

Anamites, 16 ans 10 mois pour les Cambodgiennes. CHESNEAU (1) au Laos, le fixe à 16 ans. L'âge de la nubilité est donc moyen par rapport à celui des populations européennes.

MONDIÈRE fait remarquer pour la Cochinchine, que la primiparité ne coïncide pas, comme très souvent aux Indes, avec l'apparition des règles et des rapports sexuels : l'âge de la parturition serait assez tardif : vers 20 ans 6 mois pour les Annamites ; 22 ans, pour les Cambodgiennes.

AGE DU MARIAGE

L'âge du mariage est normal en Indochine, il n'existe pas de mariages d'enfants. Au point de vue légal, le Code civil à l'usage des juridictions indigènes (1931) fixe l'âge du mariage à 18 ans pour l'homme et à 15 ans pour la femme. Toutefois, des dispenses, à titre exceptionnel, peuvent être accordées jusqu'à 15 ans pour l'homme et 12 ans pour la femme.

Les enfants sont fiancés souvent longtemps avant le mariage : les Annamites étaient le plus souvent promis par les parents, qui faisaient seuls le mariage, les fiancés ne se voyant pas avant la cérémonie. Actuellement, dans les grandes villes surtout, ces mœurs tendent à changer, le mariage tend à se faire « à la française », par consentement mutuel.

Entre les fiançailles et le mariage, chez certaines tribus montagnardes, les relations sexuelles sont tolérées ; de même au Cambodge, le fiancé peut venir habiter chez sa fiancée, après l'échange des présents rituels. Chez les Thaïs, d'après GAIDE (2), le mariage n'est décidé que lorsque le jeune homme et sa fiancée, après plusieurs mois de rapports

(1) CHESNEAU : Natalité et mortalité infantile au Cammon, province du Moyen-Laos. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1930.

(2) GAIDE : Notice ethnographique sur les principales races indigènes du Yunnan et du Nord de la Chine. *Rev. Ind.*, p. 54, 1905.

autorisés, sont assurés d'avoir un enfant.

Le principal but du mariage, en Indochine, étant d'avoir des enfants, et spécialement des fils, un ménage est considéré comme d'autant plus heureux qu'il a plus d'enfants. Le célibat est une « impiété filiale », qui pourra porter atteinte au culte des ancêtres. Dans beaucoup de villages, d'ailleurs, les célibataires n'étaient pas admis à participer aux fêtes communales, et privés de tout rang de préséance.

DIFFÉRENTES SORTES DE MARIAGE

Nous trouvons, quant à la modalité du mariage, un curieux mélange des habitudes de polygamie et de monogamie. Le texte récente du Code civil annamite, maintient les deux espèces de mariage en usage : le mariage de premier rang et le mariage de deuxième rang. De plus, il autorise les concubines.

Le mariage de premier rang, seul, est célébré suivant les rites ; il n'y a qu'une vraie épouse, qui prend place à la table de famille ; elle élève tous les enfants de son mari, qui sont censés lui appartenir. Les femmes de second rang (éthymologiquement « celles qu'on ajoute à la famille ») ont cependant une situation officielle dans le mariage. Lorsqu'il arrive qu'il n'y ait pas d'enfant mâle, le mari peut encore prendre normalement une concubine, le plus souvent choisie par l'épouse, ou, en tous cas, agréée par elle. Mais les habitudes d'origine chinoise, font que certains Annamites peuvent avoir un grand nombre de concubines, vivant dans leur famille ou, comme le conseillait le Code Gia Long, séparées, dans des maisons appartenant au mari. Un riche Annamite que nous avons connu, avait ainsi dix « associées », chacune habitait une métairie qu'elle faisait prospérer et dont les revenus enrichissaient le « mari ». Il allait passer successivement quelques jours auprès d'elles et se trouvait heureux, lorsqu'elles lui donnaient un enfant.

L'« épouse » est considérée comme la mère de tous les enfants de son mari, qui l'appelant tous « mère », alors qu'ils nomment leur vraie mère « chi » (sœur aînée). La

femme de second rang, n'est tenue à aucune obligation vis-à-vis de ses propres enfants du vivant de son épouse. Il est très important de savoir que la « paternité » et la « maternité » d'un enfant annamite est donc sans rapport absolu avec nos notions occidentales.

Toutefois, la jalousie vient trop souvent troubler ce tableau pastoral, et l'on peut dire que le régime de mariage que nous venons de décrire, est une complication de la vie du malheureux époux.

Il faut noter les répercussions de cet état de choses, sur l'état mental de la femme annamite : les préoccupations d'ordre familial se retrouvent souvent à la base d'un grand nombre de déséquilibres affectifs, ce qui n'est pas étonnant, si l'on se représente, dans toute sa rigueur, ce milieu très spécial, soumis à l'autorité de l'aïeule, et comprenant toutes les femmes vivant sous le toit familial : belles-sœurs, belles-mères, belles filles et servantes.

La polygamie est actuellement beaucoup moins pratiquée à la ville, où les idées européennes s'infiltrèrent peu à peu. Elle n'existe pour ainsi dire pas, chez les Annamites convertis au catholicisme, qui n'ont qu'une seule femme généralement, et se font un honneur d'avoir d'elle seule, de très nombreux enfants.

AVORTEMENT PROVOQUÉ

Absolument réprouvé par l'Annamite ; dans les régions où il est pratiqué, c'est par nécessité économique, beaucoup plus que par nécessité sociale. Tout d'abord, il est inexistant en fait, chez la femme mariée, dont la fécondité est la plus grande gloire. Chez la jeune fille, sa fréquence varie suivant les pays de l'Union : la jeune Annamite qui reste à la maison et est astreinte à une vie assez sévère, se fait rarement avorter, tandis que d'autres populations indochinoises, où règne la liberté la plus grande, y ont plus fréquemment recours.

Certains emménagiques sont employés : les journaux

chinois, vantent, par exemple, des drogues vendues dans les pharmacies sino-annamites. REGNAULT (1), donne la composition d'une des plus connues :

Extrait alcoolique de rehmania	20 gr.
Racine d'ache	12 gr.
Pachyma cocos	} à à 8 gr.
Amandes de Jujubes	
Racine de pivoine blanche	} à à 2 gr.
Réglisse torréfié	
Feuilles de Polygala tenuifolia	
Ecorce de mandarine préparée	

Aucun journal annamite, par contre, ne voudrait faire de réclame ouvertement pour des abortifs, et il n'y a pas lieu de s'occuper encore de la provocation à l'avortement, bien qu'actuellement, elle se répande de plus en plus, chez les femmes de serviteurs, en contact avec les européens, et dans la population du plus haut rang.

En ce qui concerne les pratiques anticonceptionnelles, on peut les considérer comme inconnues ; une enquête autorisée, toute récente, n'a fourni aucun renseignement à cet égard.

Au Cambodge, la grande liberté laissée aux jeunes filles, rend les naissances hors mariage très fréquentes ; les Cambodgiennes sont des toxicologues de première force, et, d'après Menau, les avortements y seraient assez fréquents. La recherche de la paternité est obligatoire ici, la mère doit dire le nom du père qui est recherché et puni.

Chez les Laotiens, s'il faut en croire MAUPETIT (2), « dans la case où tout le monde vit pêle-mêle, les jeunes filles sont vite initiées à la vie sexuelle, et les indigènes n'attribuent aucune valeur à la virginité. La grossesse est donc fréquente

(1) REGNAULT : Médecine et Pharmacie chez les chinois et les annamites. Challamel, édit., Paris.

(2) MAUPETIT : Mœurs laotiennes. *Bul. Soc. Anthropologie de Paris*, 1913, p. 457.

chez la jeune fille, qui a souvent recours à l'avortement, non pour des raisons sociales, mais pour des raisons purement économiques. Les procédés d'avortement consistent surtout ici, en massages du ventre, pendant des heures « puis, quand la paroi est devenue souple et complaisante, la masseuse se lève et, debout sur le ventre, masse encore, mais avec les pieds cette fois, s'agitant, se soutenant seulement d'une main à une poutre de la case ». Naturellement, le résultat de ce procédé barbare ne se fait pas attendre, et si la mort ne s'ensuit pas toujours, il faut attribuer ce miracle à la résistance vitale extrême, des Laotiennes.

À côté de ce procédé, il en existe un autre encore plus meurtrier, et pour lequel l'auteur dit « qu'il ne connaît pas d'exemple, qu'une femme y ait survécu » : c'est l'absorption, quatre ou cinq fois par jour, d'une potion emménagogue composée de poivre, de clous de girofle, cannelle, gingembre, oignons crus, et deux racines que l'on n'a pu déterminer.

Chez les Mans, la pratique du « stage chez la fiancée », dont nous avons déjà parlé, rend les naissances avant mariage très fréquentes ; mais aucun avortement n'est nécessaire ici, car les conséquences de cette illégitimité sont nulles : il n'y a pas de distinction entre les enfants naturels et légitimes, un homme qui épouse une fille ayant déjà des enfants naturels, les adopte, et réciproquement. Si le père est un « stagiaire », la coutume, compatissante, réduit son stage de six mois à trois (1).

Chez les Moïs, d'après le docteur DALÉAS (2), l'avortement provoqué est rare, le fait d'avoir plusieurs enfants, n'empêchant pas une fille de sa marier. Ils connaissent cependant l'avortement thérapeutique, qu'ils emploient lorsqu'ils pensent qu'il pourra guérir une femme dangereusement malade. Ils le provoquent avec des tubercules de « drau bieng », emménagogue puissant, ou par le massage violent de l'utérus, avec les mains ou les pieds.

(1) BONIFACY : Monographie des Mans Quang Coc. *Rev. Ind.*, 1904, II.

(2) DALÉAS : La maternité au Darlac. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1930.

Enfin, les Thos, ont la barbare coutume, de supprimer les enfants nés hors mariage. Après la naissance, qui a lieu clandestinement, l'enfant est supprimé par immersion. Il n'est encore ici, nullement question de « honte », mais, c'est simplement le désir de ne pas imposer au mari, plus tard, une bouche supplémentaire à nourrir, qui les fait agir.

CHAPITRE II

GROSSESSE NORMALE

FÉCONDITÉ DE LA FEMME INDOCHINOISE

La femme indochinoise est en général très féconde, et tout le monde est frappé du nombre de femmes enceintes rencontrées dans la rue ; il est vrai, que l'élégance consiste à souligner cette grossesse dont elles sont fières, par des artifices de toilette, et qu'elles exagèrent tant qu'elles peuvent cette déformation que nous considérons, nous, comme si disgracieuse.

MONDIÈRE pense cependant, que la fécondité des femmes annamites a été très exagérée, il dit, avec raison, qu'il faut tenir compte de la polygamie et du fait que dans une famille le nombre très élevé des enfants, s'explique par la présence de plusieurs mères. Malgré cela, on peut dire que toute femme annamite mariée, est naturellement enceinte tous les ans ; il n'est pas rare de voir une femme, mariée à 16 ans, avoir 10 enfants à 29 ans ; nous avons même vu une femme de 44 ans qui en était à son 16^e enfant.

La plupart des statistiques anciennes sont entachées d'erreur du fait qu'il s'agit de femmes vues dans les maternités, et n'ayant pas terminé leur vie génitale. CHESNEAU, qui étudie avec tant de précision la natalité au Cammon, donne les tableaux suivants :

Sur 631 femmes interrogées directement : 2 ont eu 15 à

20 enfants ; 30 ont eu 10 à 15 enfants ; 366 ont eu 5 à 10 enfants ; 14 ont eu 1 seul.

Sur ces 631 cas, la moyenne est donc de 7 enfants par femme. L'auteur attribue cette grande fertilité au seul fait, que les manœuvres anticonceptionnelles sont ici inconnues.

STÉRILITÉ

La stérilité en Indochine, est d'importance capitale, tant au point de vue familial qu'au point de vue social. Il est rare actuellement, cependant, que le divorce ou la répudiation soient dus à cette « tare » (qui est toutefois pour les Annamites, une cause légale de répudiation). Nous avons vu que, dans ce cas, la femme choisit elle-même une concubine pour son mari, bien que mettant tout en œuvre de son côté, pour procréer le fils tant attendu.

La femme sans enfant, est toujours considérée comme inférieure, la stérilité est une « vengeance de Bouddah » et il existe des pèlerinages spéciaux, très réputés, pour les femmes qui désirent des enfants. Chose curieuse, la stérilité est toujours attribuée à la femme, qui paiera de son argent personnel tous les traitements destinés à la vaincre. Le mari n'est presque jamais suspecté, ni traité. Des matrones, sans autres notions que leur expérience empirique, parcourent les villes et les campagnes, pour porter à domicile « le remède de la stérilité », pratiquant même parfois de petites interventions mutilantes sur le col.

Quelles sont les causes principales de la stérilité en Indochine ?

Elles varient un peu suivant les régions. Le paludisme ne paraît pas jouer un grand rôle : au Laos, où la syphilis n'existe pratiquement pas, CHESNEAU trouve le même pourcentage de naissances dans les villages à index splénique élevé et dans ceux à index splénique bas. La blennorragie, au contraire, très fréquente, et presque toujours mal soignée, jouerait un rôle important d'après DEGORCE, surtout par le nombre de salpingites scléreuses qu'elle entraîne ;

par contre, la métrite du col d'orifice blennorragique est rare. Mais, c'est à la diffusion de la syphilis, pourtant bénigne dans ses effets en général, qu'il faut attribuer le plus grand nombre des cas de stérilité.

CROYANCES INDIGÈNES AYANT TRAIT A LA GROSSESSE

Les rapports entre l'acte sexuel et la conception, ne sont pas connus de tous les peuples indochinois. Dans certaines populations des montagnes (Moïs), les rapports sexuels étant pratiqués en toute liberté dès le plus jeune âge, la maternité semble une fonction naturelle, sans aucun lien avec la copulation. Le nombre des enfants, serait fixé dès la naissance de toute femme, par le nombre de « placentas » qu'elle possède, expulsé un à un, à chaque maternité. Les Moïs croient qu'une période de 3 à 4 mois de rapports sexuels continus est nécessaire pour qu'il y ait grossesse, à moins qu'un génie ne « s'incarne » en la femme, et n'aille plus vite en besogne...

Cette notion vague du rôle du père, à eu, semble-t-il, une importance capitale. Elle expliquerait en partie, le matriarcat, qui a dominé l'extrême orient, persiste encore chez les Moïs, et a laissé tant de traces. Elle expliquerait aussi cette notion étonnante, encore vivante chez les Annamites : la paternité et la maternité, sont des rapports purement sociaux, le nom de mère ne s'applique pas à la mère utérine, mais à la première femme, réputée mère de tous les enfants.

Il est curieux de noter, d'autre part, que les rapports entre les règles et la fécondation, sont aussi peu connus de certains peuples, que ceux qui existent entre le coït et la conception. L'écoulement du sang menstruel, est alors rapporté à un « placenta » existant en tout temps, chez la femme, et saignant périodiquement. La suppression des règles, signe de grossesse, est infirmé ou ignoré dans certains cas (Laotiens, Moïs, Khmers). Peut-être, un fait particulier a-t-il contribué à rendre vagues toutes ces notions :

il est patent, en Indochine, que nombre de femmes n'ont pas de règles et deviennent pourtant enceintes. Paradoxe troublant, ces femmes, savent parfois qu'elles sont enceintes parce qu'elles perdent, pendant un mois ou deux, quelques gouttes de sang qu'elles appellent en annamite « sang de pigeon », alors que le sang des règles s'appelle « sang de tous les mois » ; puis tout cesse, et la grossesse se développe. Ces faits ont du reste été fréquemment rapportés dans les observations médicales : le docteur HOSTALRICH (1), signale deux cas d'aménorrhée totale chez des multipares ayant accouché normalement. MAUPETIT (2), au Laos siamois, rapporte le même fait : « la facilité de la grossesse, n'a aucun rapport avec la menstruation » ; en effet, 5 % des femmes du Laos, à peine, sont réglées normalement pour plusieurs raisons : 1° les tares héréditaires (alcoolisme, syphilis, géophagie...) ; 2° la pratique d'arrêter les règles en se plongeant dans l'eau froide, qui amène petit à petit une dysménorrhée persistante. Au Tonkin, nous ne savons pas à quoi attribuer cette même particularité, peut-être est-ce un caractère ethnique ? Ce qui est certain et frappant par ailleurs, c'est que les femmes présentent généralement, des caractères sexuels secondaires peu marqués : aucun attribut pileaire, glandes mammaires peu développées, etc...

SYMPTOMES DE LA GROSSESSE POUR LA FEMME INDOCHINOISE

Les symptômes de la grossesse sont à peu près les mêmes que chez nous : lorsque les règles sont arrêtées depuis plusieurs mois, et que la femme ressent une fatigue anormale, lorsque les mamelons montrent une aréole marquée, et surtout laissent sourdre à la pression de la sérosité, la femme se croit enceinte. D'autres signes, plus fantaisistes, entrent aussi en jeu : les matrones attribuent un grand rôle au redressement des cils, et aux battements au niveau de la

(1) HOSTALRICH : Deux cas d'aménorrhée totale chez des multipares annamites. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1915, p. 200.

(2) MAUPETIT, *loc. cit.*, p. 464.

région thyroïdienne. Elles ne palpent jamais les patientes, de peur de faire prendre une position défavorable au fœtus, à la fin de la grossesse seulement, elles se servent de ce moyen pour reconnaître les positions. Le pronostic de l'accouchement est fait d'après la température de la peau : il est bon, si la peau est chaude, mauvais, si elle est froide.

A côté des symptômes de la grossesse se placent des pratiques variées pour la connaissance du sexe. Une vieille coutume annamite dit que lorsque l'on suit une femme enceinte par derrière, et qu'on l'appelle brusquement, si elle tourne la tête à droite, elle aura une fille ; si c'est à gauche, ce sera un garçon. Les matrones se livrent à des calculs compliqués, où entrent la forme des lignes de la main, le volume du ventre et la violence des mouvements du fœtus (plus violents paraît-il, lorsqu'il s'agit d'une fille.)

DURÉE DE LA GROSSESSE SELON LES CROYANCES LOCALES

La durée de la grossesse est l'objet d'affirmations aussi formelles que fantaisistes. Le « Livre de la répartition des torts » allait jusqu'à affirmer que « l'époque de l'accouchement a toujours différé depuis l'antiquité », et il signalait des empereurs nés, soit-disant, après 14 mois de gestation !

Les Annamites croient aux grossesses prolongées : si une femme passe par mégarde par-dessus la longe d'un buffle, la grossesse se prolongera jusqu'à 12 mois. Le docteur HOSTALRICH signale du reste, un cas de grossesse ayant duré plus de 300 jours (retour des couches après un premier accouchement, première quinzaine de mai ; 2^e accouchement le 26 mars), avec un fœtus dont le complet développement n'était pas achevé. La femme étant gravement impaludée, il se demande si, à cause de cette maladie, il n'y a pas pu avoir vie latente de l'œuf et « gestation retardée » (3).

(3) HOSTALRICH : Un cas de gestation retardée. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1915, p. 207.

Au Laos, la croyance veut que les primipares aient une grossesse de neuf mois, les multipares accouchant dans le cours du dixième mois ; ils affirment que la gestation peut durer treize mois. Cette imprécision s'explique très bien chez les Laotiens, qui sont assez incapables de repérer les faits dans le temps, et aussi par la fréquence des femmes non réglées ou mal réglées, chez lesquelles le début de la grossesse est difficile à fixer.

La grossesse est en général bien supportée par la femme annamite qui est fière de son état, et qui croit qu'une grossesse ou un accouchement difficiles, sont une punition des génies. Elles continuent à travailler comme d'habitude, même plus que d'habitude, comme nous le verrons plus loin, afin d'avoir un enfant robuste. Les vomissements sont rares, tout au plus signale-t-on les troubles classiques : inappétence, nausées, constipation.

HYGIENE DE LA FEMME ENCEINTE INDOCHINOISE

La femme enceinte annamite, est soumise à toutes sortes de règles d'hygiène, dont quelques-unes sont justifiables, mais sont curieusement associées à des pratiques de pure superstition. Il y a d'abord une très stricte hygiène alimentaire, de nombreux aliments sont prohibés : chair de poulet, de porc, de certains poissons, fruits astringeants. A côté de ces prescriptions : défense de manger du lapin, pour que l'enfant n'aie pas un bec de lièvre, défense de manger du pigeon ou du canard, pour que l'enfant ne vienne pas au monde sourd-muet, et toutes sortes de superstitions des plus fantaisistes (4).

La femme enceinte, doit éviter tout mouvement qui amène l'élévation des bras, elle ne doit pas séjourner dans des endroits marécageux (paludisme). Dans certaines régions,

(4) LE QUANG TRINH : Croyance et pratiques médicales sino-annamites. Thèse Montpellier.

c'est non seulement la femme, mais aussi l'homme, qui est soumis à certaines interdictions.

Les rapprochements sexuels sont généralement supprimés vers le troisième mois de la grossesse. Chez les Mans, les époux s'abstiennent de relations dès que la grossesse est constatée ; ils croient que, sans cela, l'enfant naîtrait imbécile ; c'est du reste, une croyance que l'on retrouve chez presque tous les peuples de la haute région.

CHAPITRE III

ACCOUCHEMENT NORMAL

L'étude des conditions de l'accouchement envisage tout d'abord, la constitution du bassin dans lequel se développe le fœtus.

CARACTÉRISTIQUES ESSENTIELLES DU BASSIN ANNAMITE

La femme annamite présente une silhouette spécialement verticale, très droite, sans hanches accusées. LAVAU (1), frappé du grand nombre de présentations de l'épaule, explique cette fréquence par les caractéristiques spéciales de la race annamite, remarquable avant tout par le redressement des courbures vertébrales et lombo sacrée. Ce redressement de l'ensellure lombaire « entraîne comme conséquence, la rétroversion pelvienne caractérisée par l'élévation du pubis et la diminution de l'obliquité du plan du détroit supérieur, sur l'horizontale, passant par le promontoire. « Nous verrons plus loin, comment la moindre déformation rachitique touche ce bassin. A l'état normal, bien qu'ayant un diamètre promonto-pubien plus court que celui du bassin européen, il permet l'accouchement normal du fœtus annamite, dont les dimensions sont légèrement plus réduites.

(1) LAVAU : L'anatomie du bassin annamite dans ses rapports avec la présentation de l'épaule. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1929, p. 134.

PARTICULARITÉS DES DIFFÉRENTES PHASES

L'accouchement en Extrême-Orient n'est pas un événement qui apeure la femme, comme bien souvent en Occident, et tout le désagrément ou l'agrément, ne naîtront que du sexe de l'enfant, à tel point qu'il arrive souvent que des femmes qui n'ont, jusqu'aux dernières douleurs, pas émis un cri, cherchent à détourner l'attention de leur entourage en jouant la comédie de la douleur, lorsque la venue d'une fille est annoncée.

L'accouchement normal présente donc cette particularité très nette que la femme indochinoise, même la primipare, ne paraît pas souffrir à l'égal de l'occidentale ; est-ce parce que la sensibilité est chez elle moins vive, ou parce que la résistance à la douleur est plus grande ? Il est difficile de le dire ; les deux raisons entrent probablement en jeu ; en tous cas, très rares sont les femmes qui se plaignent, et elles sont, dans ce cas, l'objet des moqueries de leur entourage. Il n'est pas rare de voir des femmes accouchées trois fois de suite au forceps d'un enfant qui meurt, souhaiter aussitôt une autre grossesse, afin de procréer le fils tant attendu.

Les différents temps de l'accouchement ne présentent pas grand chose de particulier à signaler ; la durée du travail chez la primipare, est estimée par DUVIGNEAU (2), de sept à onze heures ; par GAIDE, de neuf heures vingt-cinq. Chez la multipare, elle serait de six à dix heures, d'après DUVIGNEAU ; de cinq heures trente, d'après GAIDE. La durée de l'expulsion, est d'une demi heure à cinquante-cinq minutes chez la primipare ; de dix à quinze minutes chez la multipare. Nous voyons donc que ces différents temps sont plus rapides que chez la femme européenne, notamment en ce qui concerne l'expulsion chez la primipare. Naturellement, chez les grandes multipares, plus fréquentes qu'en Europe, l'expulsion peut avoir lieu extrêmement rapidement, après quelques contractions.

(2) DUVIGNEAU, *loc. cit.*

FRÉQUENCE DES DIFFÉRENTES POSITIONS

TABLEAU I. — Fréquence des différentes présentations

	Hanoï 1907	Hanoï 1908	Hanoï 1909	Hanoï 1910	Hanoï 1911	Huê 1914	Huê 1915
Nombre total d'accouchements...	369	352	438	628	457	437	473
Sommets	348	342	427	598	447	392	429
Variété O I G A	131	132	146	275	176	294	284
O I D A	169	139	210	193	213	40	55
O I G P	16	29	27	65	21	20	13
O I D P	26	22	14	51	37	32	22
O I G T	5	9	10	9	—	6	47
O I D T	1	8	11	5	—	—	8
inconnues	—	4	9	—	—	—	—
Faces	3	2	4	4	2	2	1
Variété M I D A	1	1	2	2	—	—	—
M I G A	2	1	1	2	—	1	—
M I D P	—	—	—	—	2	—	—
M S	—	—	—	—	—	—	1
M I G T	—	—	—	—	—	1	—
frontale	—	—	1	—	—	—	—
-Sièges complets	12	9	6	20	5	7	14
Variété S I G A	4	3	4	4	1	5	11
S I D P	—	—	—	4	2	—	—
S I G P	—	1	—	1	—	—	—
S I D A	8	5	2	11	1	2	2
Sièges décomplétés	—	1	—	—	—	1	5
Mode des fesses S I G A	—	—	2	—	—	1	2
S I D A	—	1	—	—	—	—	—
S I G P	—	—	2	—	—	—	—
S I D P	—	—	—	—	—	—	1
Mode des pieds S I G A	—	—	—	—	—	—	1
S I D A	—	1	—	—	—	1	—
S I G P	—	1	—	—	—	—	—
S I G T	—	—	—	—	—	—	1
Genoux	1	—	—	—	—	—	—
Epaule d. A I D	2	—	1	1	—	2	1
d. A I G	2	—	2	1	—	2	—
g. A I G	1	—	—	2	—	—	—
g. A I D	—	1	3	1	—	—	3

Le tableau I donne la fréquence des différentes présentations, d'après les statistiques des hôpitaux indigènes de Huê et de Hanoï : Nous voyons donc que le nombre des présentations du sommet est à peu près le même qu'en France. Pour les variétés, les chiffres diffèrent sensible-

ment : ce qui est frappant, c'est la prédominance des positions droites antérieures ; pour certaines, le chiffre des O I D A a été supérieur à celui des O I G A. La moyenne est de 33,8 % O I D A contre 48,2 % O I G A (pour 3.254 accouchements) ; nous sommes donc loin des chiffres de France, qui donnent environ 1 % O I D A et 60 à 65 % O I G A. Tous les auteurs sont d'accord pour signaler cette prépondérance des droites sur les gauches (même en mettant de côté la cause d'erreur qui pourrait nous faire prendre, au cours du travail, pour une O I D A une O I D P en train de se transformer).

Au contraire, le nombre des O I D P qui est de 38 % en France, est ici de 7,1 % seulement.

Le nombre des présentations du siège est de 26 pour 1.000, le siège complet étant de beaucoup le plus fréquent (sur 85 sièges, il y en a 73 complets, 8 décomplétés mode des fesses, 3 décomplétés mode des pieds et 1 mode des genoux.) Par ordre de fréquence, les variétés se classent ainsi : 73 sièges complets, 32 S I D A, 31 S I G A, 8 S I D P, 22 S I G P.

Pour les faces, la moyenne est de 5 pour 1.000. Ce chiffre est analogue à celui qui a été donné pour la France : 1 sur 200 accouchements.

GROSSESSE GÉMELLAIRE

Les grossesses gémellaires sont considérées en Indochine comme un malheur, et la politesse interdit de demander à une femme si elle a eu des jumeaux. La fréquence des gémellaires semble plus grande en Indochine qu'en France ; d'après le tableau II, nous voyons que pour 3.287 accouchements faits à la maternité indigène de Hué ou de Hanoï, il y a eu 50 gémellaires, ce qui fait une proportion de 15,2 pour 1.000, chiffre supérieur à celui de France, supérieur même à la moyenne élevée donnée pour la Suède. Dans certaines régions de l'Indochine, au Cammon, par exemple, CHESNEAU signale des grossesses gémellaires moins fréquen-

tes ; en moyenne 6,8 %. Il y a peut-être là une question de race. A Cholon, les chiffres se rapprochent de ceux de l'Annam et du Tonkin : 13,9 %. Les statistiques ne donnent pas toutes les présentations, mais nous voyons, sur 34 accouchements doubles, 19 fois deux sommets, 4 fois deux sièges, 9 fois un siège et un sommet, une fois un sommet et une épaule. Vingt-et-une de ces grossesses gémellaires étaient à terme ; treize prématurées.

TABLEAU II. — Grossesses gémellaires

	Hanoi 1907	Hanoi 1908	Hanoi 1909	Hanoi 1910	Hanoi 1911	Hué 1914	Hué 1915
Nombre total des accouchements	369	352	438	628	590	437	473
Nombre des gémellaires.....	6	5	7	13	2	11	6
Primipares	1	2	1	?	?	2	1
Multipares	5	3	6	?	?	9	5
A terme	4	3	3	?	?	6	5
Prématurés	2	2	4	?	?	4	1
2 garçons	1	4	3	?	?	?	?
2 filles	4	1	2	?	?	?	?
1 fille et 1 garçon	2	0	2	?	?	?	?
2 sommets	4	3	5	?	?	3	4
2 sièges	1	0	1	?	?	2	0
1 sommet et 1 face.....	1	0	0	?	?	0	0
1 sommet et un siège.....	0	1	0	?	?	6	2
1 sommet et 1 épaule.....	0	0	1	?	?	0	0
1 siège et 1 épaule	0	0	0	?	?	0	0

Les statistiques sont muettes sur la distinction entre grossesse univitelline et bivitelline, et il est impossible, sur des statistiques restreintes, de calculer exactement la proportion avec le procédé indirect d'Apert (les jumeaux dans les gestations bivitellines seraient de sexe différent dans 50 % des cas ; il suffirait donc, de multiplier le nombre des gestations bisexuées par deux, pour avoir le nombre des grossesses bivitellines.) Disons simplement, qu'il semble que les grossesses univitellines soient plus fréquentes ici qu'en France car, sur 18 accouchements gémellaires que nous nous citons dans notre tableau, il y a 15 jumeaux unisexués, ce qui ferait une proportion, si nous appliquons le procédé

d'Apert, de (3×2) 6 bivitellines sur 18, c'est-à-dire 33,3 % de bivitellines et 66,6 % d'univitellines. Or, en France, on admet environ 30 % d'univitellines. La proportion serait donc inversée.

La mère qui a deux jumeaux, n'en nourrit généralement qu'un seul, car elle croit qu'une femme ne peut allaiter qu'un enfant à la fois ; l'autre est confié à une femme de la famille, ou à une voisine.

D'après DUVIGNEAU, les grossesses multiples ne seraient pas rares. Une sage femme, interrogée par lui, aurait dit avoir fréquemment des grossesses triples ou quadruples. CHESNEAU, au Cammon, donne les chiffres de 13 grossesses trimellaires sur 14.598 accouchements (ces grossesses étant survenues chez la même femme).

PRATIQUES LOCALES D'ACCOUCHEMENT

La femme qui va accoucher, fait appeler la sage-femme ou se rend à la maternité au dernier moment, trop souvent lorsque la poche des eaux est déjà rompue, l'élé-gance étant d'arriver le plus tard possible, et le nombre de femmes qui accouchent dans la rue ou que l'on n'a pas le temps de porter sur la table de travail, lorsqu'elles arrivent à l'hôpital, est relativement assez élevé.

Les préparatifs en vue de l'accouchement sont très spéciaux, et la coutume, signalée par tous les auteurs de la première occupation, d'isoler la femme pour l'accouchement est encore répandue dans certaines régions. Une paillote spéciale était construite pour cet événement, abri sommaire, souvent détruit après. Au Laos, ces « chambres de délivrance », bâties sur pilotis, existent encore. Au Cambodge, elles étaient entourées d'un fil symbolique destiné à arrêter les génies, et que nul étranger ne devait franchir. En Annam, d'après DUMOUTIER, l'accouchement doit toujours se faire dans l'endroit où à eu lieu la conception.

Le lit spécial d'accouchement a une signification curieuse : son rôle est d'empêcher l'accouchée de « manquer de respect au génie propriétaire du sol », ce qui arriverait si le sang souillait la terre. Il faut aussi, à tout prix, empêcher le contact du sang avec les objets domestiques : c'est ce qui explique que l'on mette souvent la parturiente sur d'inconfortables lits de bambou de 0 m. 80 sur 0 m. 30, pour ne pas toucher au spacieux lit de camp familial.

Dans les grandes familles annamites, une certaine publicité paraît recherchée à l'occasion de l'accouchement : il n'est pas rare que la famille entière, une quarantaine de personnes parfois, soit présente dans les pièces qui précèdent la chambre de l'accouchée. Au Cambodge, l'accouchement se fait toutes portes et fenêtres ouvertes, et les plaisanteries de l'assistance viennent, soi-disant, distraire la patiente de sa douleur. Chez les Mans, tout le monde peut aussi assister à l'accouchement. Au contraire au Cammon, aucune personne étrangère n'est admise.

Les conditions précaires et antihygiéniques dans lesquelles sont placées les parturientes, sont à peu près les mêmes dans toute l'Indochine, voici comment les décrit DUVIGNEAU (1) : « Quand le terme de la grossesse approche, la femme annamite se prépare à se retirer dans un local spécial, ce local dont la porte d'entrée est, le plus souvent, la seule ouverture pratiquée dans les parois verticales, est obscur, et d'une exiguité telle que le lit qui y est placé en occupe la presque totalité. L'éclairage du réduit est assuré par une lampe fumeuse, à huile ou à pétrole ; une natte ou une tenture masque la porte. Le lit, garni de rideaux, est formé d'un châssis entourant un clayonnage en bambou recouvert d'une natte ou parfois d'une couverture de coton. »

Les préparatifs de l'accouchement sont des plus sommaires : de l'eau chaude, du fil de coton pour lier le cordon, et le couteau de bambou pour le couper. La malade elle-

(3) DUVIGNEAU, *loc. cit.*

même est simplement dépeignée, ses longs cheveux pendent dans son dos, ses habits sont desserrés, mais tout se passera sous la jupe légèrement relevée.

La position d'accouchement varie suivant les pays : les Annamites, les Cochinchinoises, les Cambodgiennes, accouchent couchées, agrippées aux montants du lit qui leur servent de point d'appui, les jambes repliées. Au Laos, et chez beaucoup de peuples de la haute région, la position assise est de rigueur : par terre ou sur un petit tabouret. La femme est soutenue dans le dos par son mari ou une autre personne à qui elle s'accroche, ou simplement par une pièce de bois. Quelques fois, des cordes ou un morceau de bambou lui servent de point d'appui. Certains peuples de la haute région accouchent même debout.

Un foyer de charbon de bois est maintenu allumé soit sous le lit, soit à côté de la patiente si elle accouche assise ; ce réchaud restera allumé pendant toute la période de la puerpéralité. Son rôle est si important, dans l'esprit de certains peuples, qu'accoucher se dit « rester près du feu ». Il faut voir là surtout une pratique d'origine religieuse, ayant pour but de purifier la malade, mais jouant cependant un rôle pour empêcher le frisson de l'accouchée et surtout, comme l'explique MAUPETIT, favorisant la débâcle intestinale chez les femmes accouchant dans la position assise, et chez lesquelles la constipation est d'autant plus à craindre que l'usage des purgatifs destinés à favoriser la première selle n'est pas répandu. Il faut noter d'autre part que le bois employé est souvent un bois (poivrier) dont les vapeurs sont antiseptiques et hémostatiques.

Le rôle de la matrone est la plupart du temps simplement de surveiller et d'attendre. Elle ne reconnaît, en général, pas la présentation par le toucher. En Annam et au Tonkin, accroupie pour recevoir l'enfant, elle se contente d'encourager la parturiente tandis que les aides exercent des pressions de haut en bas de l'utérus pour faciliter la sortie du fœtus. Le dégagement se fait seul, cependant il y a des matrones qui savent s'opposer à la sortie trop brusque de l'enfant.

En cas d'accouchement de durée excessive, certaines matrones savent dilater la vulve avec les doigts pour faciliter la sortie du fœtus au moment des contractions.

CORDON

Lorsque le placenta est expulsé on lie alors le cordon avec un fil noir quelconque, et on le sectionne à environ 15 centimètres de l'ombilic. Chez certains peuples (Moïs), le cordon n'est pas lié, sans que l'on signale pour cela d'hémorragies par trop fréquentes. Pour sectionner le cordon, la coutume interdit absolument, sous peine des pires calamités, l'usage d'un objet métallique, d'où la néfaste habitude d'employer tout ce qui peut tomber sous la main, mais particulièrement des fragments de bambous aiguisés, ou une valve de coquille, ou un morceau de verre ou de porcelaine. Nous verrons plus loin, en détail, les nombreux cas de tétanos qui sont dus à cette négligence, sans que les indigènes soupçonnent, du reste, le lien de cause à effet qui les relie. Le cordon ainsi sectionné est pansé avec les objets les plus hétéroclites (feuilles d'armoise séchées ou brûlées, cendres de nattes en bambou ou de cocon de vers à soie), et fixé par un bandage. Dans certaines régions, il est laissé sans soins, dans des linges de propreté toujours douteuse, et l'on attend qu'il tombe de lui-même. Le cordon n'est presque jamais coupé avant la délivrance, sauf, exceptionnellement, dans certaines régions du Cammon, car l'on croit, d'après MENAULT, qu'il pourrait se replier dans le ventre et amener des crises d'étouffement. On voit de suite quelle mortalité peut amener cette pratique par la seule présence de circulaires autour du cou.

DÉLIVRANCE

L'enfant reste entre les jambes de la mère jusqu'à ce que le placenta soit sorti. La sage-femme se contente généralement de tractions légères sur le cordon, tout en comprimant

plus ou moins l'utérus pour aider à la délivrance. Quelques fois elle utilise à cet effet un entrenœud de bambou dont elle se sert comme d'un rouleau. On ne trouve plus qu'exceptionnellement la barbare coutume, décrite par DUVIGNEAU, dans laquelle la matrone, s'accrochant à une poutre de la toiture, monte sur le corps de la femme et opère des mouvements lents de compression sur l'abdomen. L'hémorragie préoccupe généralement peu : si elle est forte c'est simplement, croit-on, que la femme avait beaucoup « de mauvais sang ». Dans certaines régions cependant, les complications de la délivrance sont connues et extrêmement redoutées. Les hémorragies de la délivrance ainsi que la rétention du placenta sont, par exemple, toujours considérées comme mortelles au Darlac.

Le cordon recueilli est incinéré. D'après TRINH, les cendres ainsi obtenues sont données à avaler, plus tard, à tous les enfants « afin de leur inspirer un amour fraternel ». Naturellement, ces pratiques tendent à disparaître de plus en plus, mais elles subsistent encore dans les campagnes où le nombre des sages-femmes éduquées à l'européenne est encore trop restreint.

Le placenta n'est presque jamais jeté, même les femmes évoluées qui accouchent dans les cliniques des villes le réclament. Souvent il est enterré à la porte de la maison ou enfoui sous le lit de la mère. MAUPETIT, au Laos siamois, signale la coutume de « l'accrocher à la plus haute branche d'un arbre de la cour où il devient la proie des esprits bien-faisants qui le dévorent, préparant ainsi à l'enfant une vie bienheureuse ». DUVIGNEAU signale une habitude curieuse qui existait en Annam autrefois et qui consistait à faire manger à la mère un morceau de placenta assaisonné avec quelques herbes et du jus de citron pour assurer la vie de l'enfant...

SOINS AU NOUVEAU-NÉ

Les soins apportés au nouveau-né sont généralement fort simples : la matrone retire les mucosités de sa gorge, l'en-

veloppe d'un linge et le laisse entre les cuisses de sa mère jusqu'à la sortie du placenta, parfois jusqu'à ce qu'il ait crié. Lorsque le premier cri se fait attendre, certaines matrones, qui ont été en contact plus ou moins direct avec les Européens, savent pratiquer l'insufflation ou les frictions, mais l'état de mort apparente du nouveau-né est encore trop souvent ignoré.

Lorsque l'enfant a crié, on le lave à l'eau tiède ou on le frictionne à l'huile et on le confie à une voisine qui lui donne aussitôt le sein. Dans certaines régions, on lui instille dans les yeux du jus de citron, essai de prophylaxie assez illusoire par rapport aux chances d'infection innombrables que la conjonctive peut accueillir. Actuellement, la désinfection est naturellement pratiquée par les sages-femmes annamites avec la solution de nitrate d'argent.

L'accouchement terminé, certaines matrones procèdent à une sorte de désinfection du vagin en y versant une demi-tasse d'eau de vie de riz.

La thérapeutique « cosmétique » destinée à effacer les traces de l'accouchement entre alors en jeu : frictions de gingembre et de safran, fumigations répétées plusieurs fois par jour avec des racines de plantes odoriférantes, aspersions avec une infusion très chaude de feuilles de goyavier, frangipannier ou oranger.

SUITES DE COUCHES

La période de retour à l'état antéprégnantiel ou « suites de couches » qui dure environ six semaines pour nos habitudes occidentales, est ici assez variable comme durée. D'après les anciennes traditions, qui persistent plus ou moins suivant les régions, la femme devait rester au-dessus ou auprès du foyer purificateur pendant un temps qui variait de cinq jours à un mois. Au Cambodge, elle ne peut sortir sous aucun prétexte jusqu'à ce que la matrone vienne lui donner les derniers conseils et toucher ses honoraires. Actuellement, la pratique du « lever hâtif » est le plus sou-

vent la règle chez les femmes de la campagne, à moins que les dégats n'aient été trop marqués, mais la femme des villes observe en général un délai de dix jours, ou, tout au moins, ne se lève qu'après la chute du cordon de l'enfant, c'est-à-dire entre le sixième et le huitième jour.

Les soins sont donnés à l'accouchée de famille aisée, pendant toute cette période, par la famille et les matrones ; ailleurs, ils sont inexistants. Cette abstention est sûrement préférable à des interventions pratiquées dans de mauvaises conditions d'aseptie.

L'alimentation, pendant toute la période des suites de couches est rigoureusement réglementée : l'accouchée reste d'abord un certain temps à la diète, puis elle ne doit manger que du riz assaisonné de sel ; certains légumes seuls sont permis. Cette période de régime dure généralement un mois, au Cambodge elle dure trois mois.

Les relations sexuelles sont généralement reprises quarante-cinq jours à deux mois après l'accouchement.

L'involution utérine est plus ou moins rapide, ainsi qu'en Occident, mais sur des femmes ayant été accouchées par des « *Ba Mù* » (4), ayant des difficultés d'expulsion du fœtus, il paraît assez fréquent de constater une absence d'involution de l'utérus, ou même une sorte d'ascension qui le laisse occuper la région du sous-hypocondre droit, avec son fond presque en position sous-hépatique.

Le retour de couches est rarement observé à date fixe, la femme allaitant pendant un temps que l'on peut considérer comme indéfini.

(4) Accoucheuses rurales.

CHAPITRE IV

GROSSESSE PATHOLOGIQUE

MALADIES ET AFFECTIONS DES DIFFÉRENTS APPAREILS

Examinons quelques-unes des maladies ou affections de la grossesse en ce qu'elles ont de particulier chez la femme indochine.

Le ptyalisme et la sialorrhée sont fréquemment constatés, surtout chez les femmes qui font usage excessif du bétel ou de la cigarette.

L'odontalgie, sans être aussi fréquente que chez l'euro-péenne s'observe aussi chez la femme annamite à dents laquées. Alors que l'évolution des dents de sagesse est la règle, lorsqu'elle n'est pas déjà totale, chez l'euro-péenne en gestation, il est rare de constater chez l'Annamite dans cette situation des accidents d'évolution de la dent de sagesse.

Les vomissements sont fréquents, quoique peut-être moins que chez l'euro-péenne, mais ils arrivent rarement à la phase de « maladie émétisante ». Une sage-femme ayant pratiqué pendant 60 ans, interrogée par DUVIGNEAU, n'avait vu que très rarement des vomissements empêchant la malade de s'alimenter.

L'albuminurie est assez fréquemment notée chez la femme annamite, elle est le plus souvent massive et amène l'accouchement prématuré (9 fois sur 15 dans les statisti-

ques), au septième ou huitième mois, enfants morts-nés, placentas présentant des foyers hémorragiques.

Il est curieux de noter la rareté des cas d'éclampsie dans ce pays. Ce fait a frappé tous les auteurs : RIGOLLET cite le taux de un cas pour 493 accouchements ; les statistiques de trois années d'hôpital à Hué et à Hanoï donnent 7 cas sur 1.454. DUVIGNEAU, d'autre part, n'en a observé que deux cas en quatre années de pratique à Hué. La mortalité par éclampsie est aussi particulièrement faible pour un pays où les femmes ne sont, la plupart du temps, pas suivies pendant leur grossesse : les statistiques hospitalières ne relèvent, en six ans, qu'un cas de mort maternelle due à cette cause chez une femme en travail chez elle depuis quatre jours, l'enfant déjà mort à l'arrivée à l'hôpital fut extrait par le forceps, la mère mourût quelques heures après.

MALADIES ET GROSSESSE

Quelle est la résistance de la femme indochinoise enceinte aux différentes maladies, infectieuses en particulier ?

Si la grossesse amène chez l'Indochinoise saine, non surmenée et non sous-alimentée, un état euphorique véritable, il y a tant de maladies qui la guettent qu'il est intéressant de voir comment elle réagira contre elles. Les maladies infectieuses et parasitaires exotiques, en particulier, auront une action sur la grossesse dont nous allons voir, pour chacune des principales, la gravité.

La variole : Sa fréquence relative en Indochine a permis de constater la rareté des formes hémorragiques et des hémorragies de la délivrance. Nous retrouvons, naturellement, tous les cas possibles d'atteinte du fœtus : indemne, immunisé ou non, en période d'éruption, ou mort in utéro.

Le typhus : Maladie fréquente, mais sans intérêt spécial au point de vue de la grossesse.

Le tétanos : Son importance pour la mère diminue de

jour en jour ; nous parlerons plus loin du tétanos infantile.

La rage : Elle est encore relativement fréquente en Indochine. DALÉAS et HASLE (1) signalent le cas d'une femme atteinte de rage et qui accoucha normalement d'un garçon vivant et bien conformé. Elle mourut trois jours après l'accouchement.

La lèpre : En 1931, on comptait, pour l'Indochine entière, 4.037 lépreux. Pour la même année, au Tonkin, 58 naissances ont été enregistrées pour 896 femmes lépreuses. La fécondité ne paraît pas diminuée chez les lépreuses autant qu'on a bien voulu le dire. Les enfants sont séparés de leurs parents aussitôt après la naissance, non seulement dans les villages de lépreux, mais aussi chez les lépreux soignés à domicile. Ces enfants peuvent être placés, sur la demande des parents, dans les familles des lépreux, dans des familles étrangères ou dans des institutions. Ils sont surveillés jusqu'à 15 ans. Sur 685 enfants ainsi placés de 1912 à 1931, aucun cas de lèpre ne s'est révélé.

La peste : Très rare en Indochine actuellement. SALLÉ et LE VAN KY (2) signalent le cas d'un enfant naissant indemne alors que sa mère était atteinte de peste à forme septicémique au moment de l'accouchement. Elle mourut le lendemain, les réactions générales, auparavant peu intenses, ayant été aggravées par l'accouchement.

La dysenterie : La dysenterie est fréquente en Indochine, les femmes enceintes en sont souvent atteintes. Les statistiques enregistrent des cas de mort maternelle après l'accouchement et d'assez nombreux accouchements prématurés au sixième, septième et huitième mois. Le fœtus est souvent mort-né ou débile, et peut succomber quelques temps après la naissance. COPPIN cite plusieurs cas de dysenterie amibienne à forme émetisante chez la femme en-

(1) DALÉAS et HASLE : Accouchement d'un enfant sain au cours d'une rage. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.* 1930, p. 258.

(2) SALLÉ et LE VAN KY : Sur un cas de septicémie pesteuse maternelle. Accouchement normal. Enfant indemne. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1925, p. 348.

ceinte et pense que l'état de grossesse y prédispose « l'apparition de vomissements incoercibles à allure aiguë ou non, avec ou sans altération de l'état général, soit apparaissant en dehors des périodes où s'observent généralement les vomissements de la grossesse, soit en aggravation des vomissements habituels, doit inciter le médecin à faire un examen de selles (3). DE RAYMOND fait remarquer que ces formes émétisantes de la dysenterie sont fréquentes chez les femmes et peuvent parfois, en l'absence de règles, faire penser à un début de grossesse (état nauséux avec salivation et vomiturations).

La dengue : Assez fréquente en Indochine par périodes. On signale simplement un avortement de 7 mois au cours d'une atteinte de cette maladie.

Le paludisme : Son rôle est des plus important. MARQUE signale en 1931, 21.778 hospitalisations et 1.697 décès pour paludisme. On peut compter que 65 % des interruptions de la grossesse, dans certaines régions, sont dues à cette cause. BOREL (4) étudie trois plantations, toutes situées en terres rouges, et diversement atteintes par le paludisme : dans la première, où n'existe aucune surveillance sanitaire, 45 femmes mariées n'ont eu que quatre garçons vivants, les grossesses n'arrivant jamais à terme. Dans la deuxième, où les femmes peuvent être suivies dans une maternité dirigée par des sages-femmes annamites, en un an on a enregistré 33 naissances, mais aussi dans la même période 17 mort-nés ou peu après la naissance. Enfin, dans une troisième plantation, desservie par la même maternité, mais où des travaux considérables ont été effectués contre le paludisme, les grossesses sont normales, il n'y a pas de mort-nés, et la mortalité infantile est beaucoup moindre. L'auteur conclut que le paludisme joue un grand rôle dans l'arrêt de la natalité et que toute lutte prophylactique doit, à plus ou moins brève échéance, donner des résultats certains.

(3) COPPIN : A propos de l'amibiase et de la grossesse. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1913, p. 288.

(4) BOREL : Contribution à l'étude de la mortalité infantile en Indochine. *Bul. Soc. Pat. ex.*, 1927, p. 577.

Les accouchements prématurés sont plus fréquents chez les impaludées que les avortements : 18,8 % des premiers contre 10,3 seulement des seconds. L'interruption de la grossesse a lieu le plus souvent au huitième mois.

Les cas de mortalité maternelle par accès pernicieux à la suite du choc produit par l'accouchement sont assez fréquents, ils se déclarent aussitôt après ou le lendemain (5). Cette complication disparaît chez les femmes soumises au traitement quinquique. Les conséquences sont variables sur le fœtus arrivé tout de même à terme, il est le plus souvent expulsé mort-né (9 fois sur 16 cas), ou meurt peu de temps après la naissance par débilité congénitale. Quelques débiles survivent malgré leur très faible poids (1.620 gr., 1.760 gr.). Enfin le paludisme doit être probablement cause de certains cas d'inertie utérine amenant des hémorragies de la délivrance, si fréquentes en Indochine.

L'enquête de CHESNEAU (6) sur la mortalité et la natalité au Cammon est ici particulièrement intéressante parce qu'il s'agit d'un pays où la syphilis est encore inconnue (ou du moins l'était au moment de l'observation). Dans cette région « la pluralité des avortements semble bien relever d'une impaludation profonde ». Il montre la relation évidente entre le nombre des avortements et l'index splénique.

Villages à index splénique de	Nombre de femmes % ayant eu un ou plusieurs avortements
74 %	34 %
75 %	44 %
75 %	30 %
33 %	11 %
20 %	27 %
16 %	7 %
15 %	10 %
13 %	0 %

(5) HERVIER : Sur un cas d'accès pernicieux palustre après l'accouchement. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1923, p. 533.

(6) CHESNEAU, *loc. cit.*, p. 36.

Maladies vénériennes :

Syphilis : On peut dire qu'actuellement, à part les régions où le paludisme sévit avec excès, presque toute la pathologie de la grossesse en Indochine appartient à la syphilis. Héréditaire, acquise dès le début du mariage, ou pendant la première grossesse par le mécanisme du remplacement de l'épouse enceinte à qui les relations avec son mari sont interdites, la syphilis est partout. Nous donnerons tout de suite un exemple : pour être agréable à un haut fonctionnaire français qui cherchait une nourrice, un des plus haut fonctionnaire annamite lui en envoya seize, choisies elles-mêmes parmi une élite de la campagne : le Wassermann en révéla quatorze positives.

Certaines particularités rendent dans ce pays la syphilis encore plus facilement transmissible : d'une manière générale, il est très rare que le chancre soit constatable ou constaté, d'abord parce qu'il n'inquiéterait pas autrement la femme qui a peu de préoccupations d'intégrité génitale, et ensuite parce que c'est encore trop souvent pour elle et son entourage une difficulté insurmontable d'aller se montrer à un médecin, européen ou annamite. En outre, les accidents secondaires sont peu bruyants, la roséole est rare, les plaques muqueuses plus fréquentes, parfois très hypertrophiées.

La syphilis est, ici comme ailleurs, la « grande avorteuse ». Le pourcentage des avortements qui lui sont imputables, d'après les statistiques des hôpitaux, est de 36 %, chiffre supérieur à celui de France (tableau III). Dans les antécédents des femmes examinées on retrouve ces avortements en série, si fréquents chez les Annamites syphilitiques ; citons au hasard, car les faits analogues sont légion : chez une femme venant d'avorter au cinquième mois on note dans ses antécédents quatre avortements antérieurs au deuxième mois ; chez une autre, qui accouche d'un fœtus macéré, 6 avortements antérieurs du deuxième au sixième mois... sans parler de tous ceux qui passent

TABLEAU III. — Cause des Avortements

	HANOÏ 1907	HANOÏ 1909	HANOÏ 1909	HUÉ 1914	HUÉ 1915	POURCENTAGES
Nombre d'accouchements à terme	355	314	391	376	394	
Nombre d'avortements	4	1	4	10	14	1,7 % des acc ^{ts}
Causés par : la syphilis	2	—	2	3	5	36,3 % des avort ^{ts}
— paludisme	—	—	—	—	3	9,9 %
— fièvre récurrente	—	—	1	—	—	3,3 %
— broncho-pneumonie	—	—	1	—	—	3,3 %
— traumatismes	1	—	—	3	—	12,1 %
— albuminurie	1	—	—	1	1	6,6 %
— gémellaire	—	1	—	—	—	3,3 %
Accouchement artificiel	—	—	—	1	—	3,3 %
— éclampsie	—	—	—	—	1	3,3 %
— fièvre typhoïde	—	—	—	1	—	3,3 %
— manœuvres abortives	—	—	—	1	—	3,3 %
Cause inconnue	1	—	—	—	—	15,1 %

TABLEAU IV. — Cause des Accouchements prématurés

	HANOÏ 1907	HANOÏ 1908	HANOÏ 1909	HUÉ 1914	HUÉ 1915	POURCENTAGES
Nombre total d'accouchements à terme....	355	314	391	376	394	10,2 % des acc ^s à termes
Nombre d'accouchements prématurés.....	14	38	47	36	52	34,7 % des acc ^s prématurés
Dus à la syphilis.....	4	9	10	16	26	15,2 %
— le paludisme.....	1	3	8	10	9	4,7 %
— la grossesse gémellaire.....	2	2	4	—	1	6,4 %
— l'insertion basse du placenta.....	1	4	6	1	0	0,4 %
— l'aliénation mentale.....	1	—	—	—	—	0,4 %
— la fièvre récurrente.....	—	1	—	—	—	0,4 %
— l'anémie pernicieuse.....	—	1	—	—	—	0,4 %
— l'albuminurie.....	—	1	2	6	5	7,4 %
— l'hydramnios.....	—	2	—	—	1	1,6 %
— les affections pulmonaires.....	—	1	1	—	2	2,1 %
— cardiaques.....	—	—	2	—	—	0,8 %
— les traumatismes.....	—	3	2	—	1	3,2 %
— les néphrites.....	—	—	1	—	—	0,4 %
— la dysenterie.....	—	—	—	1	2	1,2 %
— l'intoxication spiacée.....	—	—	1	—	—	0,4 %
— une crise épileptique.....	—	—	—	1	—	0,4 %
— la dengue.....	—	—	—	1	—	0,4 %
— des causes inconnues.....	4	10	6	0	3	12,3 %

inaperçus de la femme ou, en tous cas, ne sont pas enregistrés dans les statistiques des hôpitaux et maternités, ce qui explique le faible nombre d'avortements relevés par elles. CHESNEAU qui interroge directement les malades, donne en effet des chiffres beaucoup plus élevés.

Le nombre des prématurés vraisemblablement dus à la syphilis (tableau IV), est aussi très élevé : en 1907, quatre sur dix des accouchements prématurés de cause connue sont dus à la syphilis ; en 1914, à l'hôpital de Hué, seize sur trente-six. La moyenne de quatre années hospitalières donne 34 % d'accouchements prématurés dus à la syphilis. Le fœtus est presque toujours macéré mais la plupart du temps sans infection. Le poids du placenta est, comme l'on s'y attendait, très élevé : 900 gr. pour un fœtus de 1900, né à sept mois ; 850 gr. pour un fœtus de 1.650 gr. expulsé à 7 mois 1/2.

Bien que la femme accepte facilement le traitement lorsqu'elle a déjà eu des grossesses infructueuses (quelquefois 7, 8 fausses couches avant d'arriver à avoir un enfant), il est extrêmement difficile d'arriver à lui faire comprendre que son mari doit être traité aussi.

Les Annamites supportent très bien les arsénobenzènes et le bismuth, à condition de tenir compte de leur poids (environ 40 kilogs) et d'éviter les trop fortes doses. Les sels de mercure doivent être administrés avec précaution à cause de l'état des dents.

La transmission d'enfant à nourrice et réciproquement est très fréquente. Il faut savoir en effet que l'enfant et son allaitement sont considérés comme des occasions de jeux pour toutes les femmes de la famille, qui allaiteront n'importe quel enfant de leur entourage, même malade, sans hésitation.

Quant aux modalités apportées par la syphilis dans les relations sociales (mariage, etc...) elles n'existent pas, la femme accepte sans plainte tout ce qui l'atteint dans le mariage. « Pour les Annamites », dit COPPIN, « les maladies

vénériennes ne comptent pas, d'où les contagions familiales qui sont nombreuses.

Le pian : Très fréquent dans certaines régions, au Cambodge et au Laos surtout. Il n'y a pas d'observations spéciales montrant son influence sur la grossesse. CHESNEAU (7) au Cammon où la syphilis est inconnue, ou du moins l'était à cette époque (8), pense que le pian est un facteur important d'interruption de la grossesse. Il cite deux villages, non touchés par le paludisme, et où les avortements nombreux paraissent pouvoir être attribués au pian.

La blennorragie : Elle est des plus fréquente, méconnue et, pourrait-on dire, méprisée par l'intéressé (9). Comme il est extrêmement rare qu'une femme indigène, même évoluée, puisse prendre chez elle, en raison de la vie en commun, des soins génitaux quelconques, elle ne la traitera que rarement. L'homme, de son côté, ne connaît le plus souvent que les médicaments sino annamites, presque toujours à base de cantharide et dangereux, ou de simples balsamiques ou diurétiques. La femme annamite enceinte est donc très exposée à la blennorragie. Ses symptômes ne semblent cependant pas s'accuser pendant cette période, comme cela a le plus souvent lieu en France. Elle est surtout importante pour nous comme origine de ces si nombreuses et si navrantes ophtalmies des nouveaux-nés.

(7) CHESNEAU : Le pian au Cammon, province du Moyen-Laos. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1930, p. 133.

(8) D'après CHESNEAU (*loc. cit.*), la syphilis a été importée récemment par un employé des postes annamite, et se répand avec une grande rapidité.

(9) Sur 20.723 vénériens traités dans les hôpitaux il n'y aurait eu en 1931, d'après MARQUE, que 4.830 blennorragiques.

CHAPITRE V

ANOMALIES DU FŒTUS ET DES ANNEXES

I. — GROSSESSE EXTRA-UTERINE

FRÉQUENCE ET VARIÉTÉS

Tous les auteurs sont d'accord pour signaler la fréquence de la grossesse extra-utérine en milieu annamite, et les observations publiées à ce sujet sont nombreuses. Peut-être y a-t-il dans cette prédisposition aux grossesses ectopiques une particularité raciale, analogue à celle que certains auteurs américains veulent bien reconnaître dans la race noire ? Il est curieux en tous cas de constater qu'en Indochine, les différents peuples n'y sont pas tous exposés de la même façon : les Cambodgiennes le beaucoup moins que les Annamites et les Cochinchinoises (1).

(1) Voir à propos de la grossesse extra utérine :

SAMBUC : Hémorragie par rupture de grossesse tubaire. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1930, p. 1031.

SAMBUC et PHAN VAN LU : Seize cas de grossesse ectopique. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1926, p. 342.

LAVAU : Considérations sur la grossesse tubaire rompue, *id.*, 1926, p. 256.

LAVAU : Grossesse tubaire, *id.*, 1925, p. 295.

MARRIQ : Un cas de rupture de grossesse extra utérine au 3^e mois, *id.*, 1924 p. 302.

La grossesse tubaire vraie est de beaucoup la variété dominante : sur quarante-quatre grossesses ectopiques publiées, seize sont des tubaires vraies. La plupart sont isthmiques. L'inondation péritonéale est le plus fréquemment leur mode d'évolution, l'hématocèle est plus rare : 12 fois seulement sur 39.

La rupture de la trompe est le plus souvent précoce : dans les deux premiers mois dans la plupart des cas ; chez 22 malades, on a pu fixer ainsi sa date :

Quelques heures : 3 cas.

24 heures : 3 cas.

48 heures : 14 cas.

3 à 4 jours : 3 cas.

1 semaine : 1 cas.

10 jours : 2 cas.

12 jours : 1 cas.

2 semaines : 2 cas.

3 semaines : 1 cas.

1 mois : 2 cas.

1 mois 1/2 : 1 cas.

3 mois : 1 cas.

6 mois : 1 cas.

L'intervention pratiquée a été l'ablation des annexes 16 fois et l'hystorectomie abdominale subtotale avec ablation des annexes 6 fois. SAMBUC, qui signale le plus grand nombre de cas, a fait au malade des transfusions de sang citraté (Normet), ce qui lui a donné d'excellents résultats. On note d'une façon générale, 15 guérisons et 5 décès :

2 par anémie suraiguë ;

1 par shock opératoire ;

1 par syncope brusque deux heures après ;

1 dû au tétanos, survenu 10 jours après ;

ce qui ferait une mortalité de 33 % environ, mais il faut tenir compte ici de l'état dans lequel arrivent généralement les malades.

GROSSESSE TUBO-OVARIENNE

Un cas de grossesse tubo-ovarienne a été bien étudié par LALUNG BONNAIRE et BABLET (2). Il s'agissait d'une femme de 24 ans, admise à l'hôpital avec des symptômes d'hémorragie interne. La malade n'aurait eu qu'un retard de règles de cinq jours ayant, à la suite d'une rixe, reçu des coups de poing dans le bas ventre. L'ablation des annexes permet de pratiquer des coupes en série de l'extrémité utérine, intéressant en même temps l'ovaire, qui montraient « à mesure que l'on se rapproche de l'ostium abdominale un caillot sanguin de plus en plus important qui en occupe la lumière, et des parois épaissies. Au niveau même du pavillon, et en contact intime avec l'ovaire, on trouve une zone où les franges s'étalent en un réseau très riche enserrant un volumineux caillot dans lequel apparaissaient d'autres éléments organisés que ceux du sang. Les parois de la trompe et le stroma ovarien montrent une réaction déciduale des plus nettes ». Ce cas était intéressant à signaler à cause de la précocité de la rupture et de la rareté de cette grossesse tubo-ovarienne.

GROSSESSE INTERSTITIELLE

Les grossesses interstitielles sont naturellement plus rares, ici comme ailleurs, que les grossesses tubaires vraies. GAIDE (3) en donne deux observations : la première est celle d'une grossesse tubo-utérine avec rupture de la corne utérine droite et inondation péritonéale ; pour la deuxième, il s'agit d'une grossesse tubo-interstitielle, en imminence de rupture, qui avait été prise pour un fibromyome à cause

(2) LALUNG, BONNAIRE et BABLET : Rupture de grossesse tubo-ovarienne. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1925, p. 63.

(3) GAIDE : Au sujet de deux cas de grossesse extra utérine (grossesse tubaire interstitielle chez des annamites, Intervention, guérison). *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1915, p. 178.

de la présence d'une tumeur ferme, assez régulière, semblant faire corps avec l'utérus (hémorragies simulant la persistance des règles). A l'intervention, on reconnaît qu'il s'agit d'une tumeur formée par la corne droite de l'utérus et une partie de la trompe. A la coupe, on trouve au milieu des caillots, un embryon de trois semaines. Ces deux cas furent opérés avec succès.

GROSSESSE ABDOMINALE

Les grossesses abdominales sont relativement nombreuses en Indochine, leur évolution est variable ; deux observations décrivent des grossesses abdominales parvenues à terme sans accident et dont le fœtus a été éliminé par l'abdomen. Le premier cas est celui de LAVAU (4) : au douzième mois de voisinage, l'ombilic de la femme devint dur, la peau s'ouvrit et le fœtus s'élimina tout entier, par le siège, au milieu de flots de pus fœtide. RIVOALEN (5) en signale un autre, évacué au treizième mois, mais l'infection fût trop forte pour que l'on put sauver la mère. Enfin, dans un cas de LEROY DES BARRES (6), ce n'est qu'au bout de huit ans que le fœtus fut éliminé par suite de la suppuration de la poche fœtale, un orifice s'étant formé derrière le col et à droite, par où le fœtus pût sortir, fragment par fragment.

L'enfant est rarement extrait vivant. LEROY DES BARRES (7) a pu cependant pratiquer une laparotomie chez une

(4) LAVAU et NGUYEN VAN CHUC : Grossesse abdominale terminée par élimination du fœtus par l'abdomen. Guérison. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1928, p. 282.

(5) RIVOALEN et DANG TE TRINH : Grossesse extra utérine avec rétention de fœtus mort. Evacuation spontanée par la paroi abdominale au 13^e mois. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1932, p. 236.

(6) LEROY DES BARRES : Grossesse extra utérine avec rétention du fœtus remontant à huit années. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1926, p. 179.

(7) LEROY DES BARRES : Un cas de grossesse abdominale. Laparotomie. Enfant vivant. Guérison. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1926, p. 224.

femme atteinte de grossesse abdominale secondaire à une rupture de la trompe, au momen où la mère, enceinte de près de neuf mois, souffrait de douleurs et de vomissements et où les bruits du cœur de l'enfant commençaient à s'affaiblir. Il n'y avait pas de sac complet, et le fœtus se trouvait au milieu des anses intestinales ; le placenta était adhérent « à une sorte de coque attenant à l'utérus » qui n'était autre que la trompe rompue. La trompe réséquée, les suites opératoires furent bonnes. Il fut impossible à l'auteur, en l'absence de symptômes nets, de savoir à quel moment avait pu se faire la rupture tubaire ; il ajoute : « il me semble bien que la malade n'a pas voulu nous renseigner, persuadés probablement qu'il s'agissait là de l'intervention d'un mauvais génie, et craignant par ses paroles d'indisposer à nouveau ce génie contre elle », état d'esprit si fréquent chez les malades annamites, et qui n'est pas fait pour faciliter le diagnostic. GUY (8) pût de même extraire un enfant vivant chez une primipare, n'ayant pas eu ses règles depuis dix mois. Les membranes « étaient adhérentes de toutes part, s'entremêlant avec l'épiploon, s'insinuant entre les anses intestinales, s'acrochant au péritoine pariétal. » Enfin, SAMBUC et PHAN VAN LU opérèrent une grossesse abdominale de sept mois et, à l'ouverture de la tumeur fœtale, ne trouvèrent qu'un fœtus macéré. Le placenta s'insérait sur la vessie, la mère, infectée, mourut le lendemain (9).

QUELQUES RENSEIGNEMENTS STATISTIQUES

Terminons par quelques renseignements statistiques sur l'ensemble des cas de grossesse extra-utérine que nous avons examinés (10) :

(8) GUY, TRAN VAN'NGUU et TRAN VAN MINH : Un cas de grossesse péritonéale, laparotomie, enfant vivant à terme. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1932, p. 729.

(9) SAMBUC et PHAN VAN LU : Un cas de grossesse abdominale de 7 mois, fœtus mort et macéré. Infection, décès. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1926, n. 599.

(10) En partie d'après SAMBUC, *loc. cit.*

Age :	Nombre des accouchements antérieurs :
23 ans : 1 cas.	0 : 8 cas.
24 ans : 3 cas.	1 : 5 cas.
25 ans : 1 cas.	1 accouchement et 2 avortements : 1.
26 ans : 1 cas.	2 accouchements : 4 cas.
27 ans : 5 cas.	2 accouchements et 1 avortement : 1.
28 ans : 1 cas.	3 accouchements : 2.
29 ans : 1 cas.	4 accouchements : 3.
30 ans : 1 cas.	6 accouchements et 1 avortement : 2.
32 ans : 3 cas.	Non signalé : 4.
34 ans : 4 cas.	
35 ans : 1 cas.	Ce qui fait une moyenne de 33 % de
38 ans : 3 cas.	primipares, chiffre plus élevé que celui
40 ans : 1 cas.	qui a été donné pour la France.
41 ans : 1 cas.	
42 ans : 1 cas.	

Durée de la suppression des règles :

10 jours : 1 cas.
15 jours : 1 cas.
20 jours : 1 cas.
1 mois : 5 cas.
1 mois et 5 jours : 1 cas.
2 mois : 7 cas.
2 mois et demi : 1 cas.
3 mois : 5 cas.
4 mois : 1 cas.
5 mois : 1 cas.
7 mois : 1 cas.
A terme : 1 cas.
10 mois : 1 cas.

Siège de la grossesse ectopique :

A gauche : 9 fois.
A droite : 18 fois.

Variétés :

Tubaire : 21.

Tubo-ovarienne : 1.

Interstitielle : 2.

Abdominale : 8.

Résultats opératoires :

Décès : 10.

Guérisons : 35.

II. — PLACENTA PRAEVIA

L'insertion du placenta sur le segment inférieur est extrêmement fréquente en Indochine. GAIDE en signale 22 cas sur 61 accouchements, la plupart diagnostiqués seulement, il est vrai, à l'examen des membranes. Ce diagnostic n'est, malheureusement, pas toujours rétrospectif, et les hémorragies dues à cette anomalie sont ici d'autant plus graves que la femme est généralement amenée trop tard, mourante, saignant depuis plusieurs heures, et lorsqu'il n'y a plus rien à tenter. De plus, les matrones risquent parfois des manœuvres infructueuses, souvent même néfastes. La mortalité maternelle est donc, dans ce pays, particulièrement élevée par suite des difficultés d'hospitalisation rapide, de l'ignorance ou de la négligence des malades.

L'hémorragie survient le plus souvent au septième ou au huitième mois. HERVIER (11) en signale un cas chez une femme à terme.

La mortalité fœtale est aussi très lourde : prématurés morts-nés le plus souvent, ou morts au bout de quelques heures par débilité congénitale, survivant très rarement (un seul cas, dans les statistiques, de fœtus prématuré, né au huitième mois bien portant).

(11) HERVIER : Deux observations de placenta praevia central. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1926, p. 476.

Les deux observations HERVIER portaient sur des placenta prævia centraux, dont l'un chez une primipare au septième mois, à col non dilatable, chez laquelle il fit une césarienne corporéale. Chez une malade de BLOT, il y avait un volumineux fibrome au-dessus du placenta prævia central. Les variétés ne sont pas, par ailleurs, signalées dans les statistiques.

III. — MOLE

La grossesse molaire est fréquente en Indochine. LEROY DES BARRES fait remarquer, à l'occasion des quatre cas observés dans la même année, combien est rare sa transformation maligne. MARRICQ et UNG THONG (12) ont suivi une môle ayant amené la rupture utérine par surdistension des vésicules. Dans la plupart des cas, le diagnostic était rendu assez difficile par l'absence d'élimination de vésicules par la voie externe.

La môle suscite dans la population annamite une grande curiosité (comme l'a remarqué GAIDE à propos d'un cas soigné à l'hôpital de Hanoï), à cause de la croyance que les femmes expulsent alors des œufs de poisson.

IV. — ANOMALIES DE L'AMNIOS

HYDRAMNIOS

L'hydramnios est très fréquent en Indochine, et la proportion de 1 % à 1 pour 150 accouchements, donnée pour la France, est ici fortement dépassée. Pour l'année 1910, LEROY DES BARRES en signale neuf cas sur 628 accouchements (soit 1 par 66), et GAIDE, en 1908, en totalise quatre sur 352 accouchements (soit 1 pour 88). La syphilis est ici probablement cause de ce fort pourcentage.

(12) MARRICQ et UNG THON : Un cas de môle hydatiforme avec rupture utérine. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1931.

Dans la plupart des cas, l'hydramnios vient compliquer une grossesse gémellaire, avec accouchement prématuré au septième ou huitième mois. GAIDE signale un cas typique d'hydramnios avec trois litres de liquide, un des fœtus, mort et macéré, ne pesait plus que 0,650.

La mortalité fœtale est très élevée : morts-nés le plus souvent, ou mort par débilité congénitale quelques heures après la naissance.

V. — ANOMALIES DU CORDON

CIRCULAIRES

Elles sont plus fréquentes qu'en France, il semble. Elles amènent parfois la mort par asphyxie. Les matrones (bien que sachant parfois débarrasser le fœtus de ses circulaires), ne peuvent souvent pas ranimer un enfant étonné ou ayant subi un léger commencement d'asphyxie. Les tours de cordon sont fréquemment multiples.

PROCIDENCE

Elle accompagne généralement la présentation de l'épaule, si fréquente dans ce pays. Le diagnostic précoce, avant la rupture de la poche des eaux, n'est jamais fait. Lorsque la rupture s'est produite, certaines matrones savent reposer le cordon, mais lorsque cette procidence vient compliquer la procidence d'un bras, par exemple, il est très rare qu'elles sachent s'opposer à la compression du cordon et à la mort de l'enfant. Les statistiques hospitalières relèvent de nombreux cas de femmes venant de l'extérieur trop tard pour que l'on puisse tenter une intervention, ou même leur enfant déjà mort par suite de procidence du cordon.

CHAPITRE VI

ACCOUCHEMENT DYSTOCIQUE

I. — DYSTOCIE DUE AU CANAL VICIATIONS PELVIENNES

Les viciations pelviennes sont assez répandues en Indochine, et, chose étrange, elles semblent y devenir plus fréquentes à mesure que la civilisation, et avec elle les vices qui en sont la conséquence, pénètre plus avant ses différentes populations. Certaines races, encore primitives, bien bâties et menant une vie saine, les Moïs par exemple, ignorent, ou à peu près, les dystocies. Au Darlac, une sage-femme exerçant depuis trente ans, n'avait jamais de présentation de l'épaule ni d'accrochement « ne se faisant pas » (1).

PRINCIPAUX TYPES DE BASSINS VICIÉS EN INDOCHINE

La viciation pelvienne la plus répandue en Indochine est sans conteste le rétrécissement du bassin par faux promontoire sacré. LAVAU (2), sur 41 interventions pour présenta-

(1) DALÉAS et COLENC, *loc. cit.*

(2) LAVAU : L'anatomie du bassin annamite dans ses rapports avec la présentation de l'épaule. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1929, p. 136.

tions de l'épaule, a trouvé ce rétrécissement dans 60 % des cas et déclare « toutes les dystocies pelviennes qui se sont présentées à mon examen, appartenaient sans aucune exception au même type, à savoir : rétrécissement du détroit supérieur par faux promontoire sacré ». Sans être aussi catégoriques que lui, les statistiques signalent nombre de cas analogues où le sacrum était redressé, dans sa partie supérieure seulement, ou même de haut en bas. Le bassin canaliculé semble le plus fréquent, le bassin à rétrécissement étagé viendrait ensuite. Les rétrécissements limités au détroit supérieur seul sont plus rares ; bassin aplati et généralement rétréci d'abord, puis bassin généralement rétréci, rare.

Pourquoi ce type prépondérant de rétrécissement par faux promontoire sacré ?

Les caractéristiques anatomiques du bassin annamite viennent nous en donner l'explication. La diminution de l'obliquité du détroit supérieur rend l'asynclitisme de la tête du fœtus moins marqué (bipariétal faisant un angle moindre avec le détroit supérieur) ; le rachitisme touchant ces bassins oppose donc une double impossibilité à l'accouchement par diminution du diamètre promonto pubien et l'impossibilité de l'asynclitisme qui pourrait y remédier.

Pour DMELIN, ces bassins caractérisés par un redressement de courbure du sacrum seraient dus à une association entre le rachitisme et une action hypotrophique sous la dépendance de l'hérédo-syphilis. Il serait possible que ce facteur joue ici. Dans la plupart des cas cités, le diagnostic de rachitisme s'imposait.

Les bassins achondroplasiques, ostéomalaciques, de Naegelé sont plus rares ici qu'ailleurs.

Parmi les viciations consécutives à des lésions de la colonne vertébrale, les bassins scoliotiques sont les plus souvent signalés. Les lésions inflammatoires ayant un retentissement sur le bassin, ou ayant amené l'impossibilité de l'accouchement sont rares.

INTERVENTIONS

Quelles ont été les opérations qui ont particulièrement retenu la faveur de l'opérateur pour amener la sortie du fœtus dans le cas de rétrécissement du bassin ? (tableau V).

TABEAU V. — Interventions pratiquées à l'occasion des accouchements

	1907	1908	1909	1910	1914	1915
I. <i>Application de forceps</i>	10	12	17	18	15	21
Pour :						
Arrêt du travail	2	1	—	—	—	—
Défaut de rotation	2	4	5	—	2	11
Souffrance du fœtus	1	—	—	—	2	1
Œdème passif du travail	2	—	—	—	—	—
Dystocie vulvaire	1	3	6	—	3	1
Inertie utérine	1	1	2	—	1	2
Rétrécissement du bassin et len-						
teur du travail	1	2	1	—	6	3
Rupture prématurée des mem-						
branes	—	1	2	—	—	2
Excès de volume généralisé	—	—	—	—	—	1
II. <i>Basiotripsies</i>	4	1	2	1	1	1
Pour :						
Hydrocéphalie	1	—	—	—	—	—
Excès de volume de la tête	1	—	—	—	—	—
Arrêt du travail avec mort du						
fœtus	2	—	—	—	—	—
Forceps infructueux, enfant mort	—	1	2	—	1	1
III. <i>Version par manœuvres in-</i>						
<i>ternes</i>	9	6	11	—	10	5
Pour :						
Procidence du cordon	3	—	1	—	2	—
Placenta praevia	1	1	—	—	—	1
Présentation de l'épaule	5	1	6	—	4	3
Présentation face	—	—	1	—	—	—
Après forceps infructueux	—	4	3	—	1	—
Procidence d'un bras	—	—	—	—	2	—
Sur deuxième fœtus dans gémel-						
laire	—	—	—	—	—	1
Hydramnios et non engagement...	—	—	—	—	1	—
IV. <i>Versions par manœuvres ex-</i>						
<i>ternes (pendant la grossesse)</i>	6	11	10	3	?	?
Pour :						
Présentation du siège	4	10	8	—	—	—
Présentation du tronc	2	1	2	—	—	—
Délivrance artificielle	—	2	4	?	?	?

Examinons les statistiques hospitalières ; elles nous donnent pour les années 1907, 1908, 1909, 1911, 1914, 1915 :

13 forceps pour bassin légèrement rétréci.

1 symphiséotomie.

2 opérations de Porro chez des primipares pour bassin rachitique.

2 accouchements provoqués par tamponnement.

3 césariennes chez des primipares à bassin rachitique régulièrement rétréci.

Le choix de l'intervention est motivé par des conditions parfois un peu particulières à ce pays : en effet, la femme annamite ne comprend que difficilement qu'il y ait obstacle à une grossesse nouvelle, et danger de mort si elle est atteinte d'une dystocie grave et qu'elle ne vienne pas accoucher à l'hôpital. Ce sont ces considérations qui ont décidé GAIDE (3), par exemple, à faire une opération de Porro dans deux cas de bassin rachitique serré avec disproportion de la tête fœtale, alors que la césarienne aurait été possible.

La symphiséotomie, bien qu'elle amène un agrandissement définitif du bassin, est peu pratiquée car elle exige une immobilisation qu'il est, pour ainsi dire, impossible d'obtenir d'une Annamite, qui n'accepte même pas les immobilisations pour fracture de membre.

Les résultats de toutes les opérations et manœuvres commandées par les dystocies ont été habituellement satisfaisants puisqu'on enregistre qu'une seule mort maternelle à la suite d'une application de forceps chez une femme atteinte d'éclampsie, ayant un bassin légèrement rétréci, et arrivée à l'hôpital avec un fœtus déjà mort. Pour l'enfant, les résultats sont moins bons : 9 décès sur 27 interventions, mais il faut tenir compte du fait que dans un certain nombre de cas, la mère est arrivée à l'hôpital trop tard. Parmi ces décès, il s'agissait deux fois de grossesses gémellaires,

(3) GAIDE : Au sujet de deux cas de viciations pelviennes d'origine rachitique ayant nécessité une hystérectomie subtotale. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1931,

avec un léger hydramnios chez des femmes à bassin rachitique.

DYSTOCIES COCCYGIENNES

Les dystocies du coccyx sont rares, elles ont cependant été observées trois fois par DALÉAS (4). Dans le premier cas, la femme avait un bassin rachitique avec sacrum en hampeçon, et le coccyx complètement ankylosé; une exérèse de la butte osseuse était la seule conduite à tenir pour extraire la tête fœtale. Pour le deuxième cas, l'articulation sacro-coccygienne n'avait que des mouvements très limités, elle céda sous le doigt, permettant la sortie rapide de l'enfant, enfin, dans la dernière observation, les os étaient épaissis par le rachitisme, en particulier le coccyx; de plus il existait devant le sacrum un hématome sous-périosté, produit probablement au niveau de l'articulation tiraillée, et qui obligea à pratiquer la pubiotomie car elle constituait, dit l'auteur, « une sorte de tumeur prævia bloquant la tête en asynclitisme antérieur »; elle disparut sans laisser de traces par la suite. Ces lésions coccygiennes coexistaient deux fois sur trois avec un rachitisme net du bassin.

II. — DYSTOCIES DUES AUX PARTIES MOLLES

DYSTOCIES VULVAIRES

Elles sont assez fréquentes en Indochine. Les dystocies vulvaires viennent en premier lieu, résistance et étroitesse de la vulve chez des primipares surtout. MAI (5) signale un cas de rétrécissement vulvaire, accompagné de rétrécissement vaginal, survenu dans des conditions assez spéciales :

(4) DALÉAS : Dystocies coccygiennes. *Bul. Soc. méd. Chir. Ind.*, 1930, p. 407.

(5) NGUYEN XUAN MAI : Note sur un cas de rétrécissement vulvaire et vaginal d'origine cicatricielle, consécutif à un accouchement. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.* 1911, p. 324.

pour favoriser l'accouchement, une matrone avait pratiqué une épisiotomie dans le voisinage de la fourchette, mais elle choisit, pour effectuer cette petite opération, le moment où la tête arrivait au niveau de l'anneau vulvaire. La malade resta 15 jours au lit, les cuisses étroitement accolées, si bien que les surfaces se cicatrisèrent au hasard de leur affrontement et donnèrent une cicatrice vicieuse et un rétrécissement de l'anneau vulvaire qui ne pouvait plus laisser passer que le petit doigt.

Les rétrécissements vaginaux, les brides cicatricielles, sont très fréquents dans ce pays (6), conséquences du grand nombre de déchirures vagino-périnéales mal cicatrisées, à la suite d'accouchements laborieux pratiqués par des matrones. Les cicatrices de fistules vésico-vaginales, nombreuses par suite de trop longue compression exercée par la tête fœtale, sont fréquemment un danger pour l'accouchement ; il faudra en tenir compte dans le choix de l'opération, au cas où le bassin serait légèrement rétréci.

Parmi les lésions de l'utérus, celles du col amènent rarement des dystocies en Indochine, les plus fréquentes sont encore les cicatrices provenant de déchirures dans un accouchement antérieur.

Le segment inférieur peut être cause de complications obstétricales dont la plus grave est la rupture. La rupture de l'utérus est très fréquente en Indochine et d'autant plus grave que l'éloignement des grands centres en fait un accident presque toujours mortel.

RUPTURES UTÉRINES

Les ruptures spontanées pendant la grossesse ne sont pas très souvent signalées : quelques cas par traumatisme, à la suite de rixes ou chutes. PITOS et PHAN VAN LU (7), en ont

(6) SAMBUC et PHAN VAN LU : Cloisonnement du vagin par brides cicatricielles. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.* 1926.

(7) PITOS et PHAN VAN LU : Rupture d'un utérus gravide consécutive à une chute légère sur le siège. *Bul Soc. méd. chir. Ind.*, 1924, p. 377.

observé un cas, au cinquième mois de la grossesse, par simple chute, la femme étant tombée de sa hauteur sur le siège. Dans un cas de rupture spontanée, à terme, survenue sur la voie publique, on a pu extraire l'enfant encore vivant par césarienne.

Mais les ruptures pendant le travail viennent ici naturellement en premier lieu. Elles sont surtout conséquence de présentation de l'épaule négligée, et surviennent soit spontanément, l'utérus ne pouvant pas vaincre l'obstacle et les matrones étant incapables d'intervenir ou, ce qui est encore plus grave, par suite de manœuvres maladroites. Dans ce cas, la rupture est presque toujours compliquée et l'on trouve, trop souvent encore, des dégâts intéressant le vagin, la vessie, ou même le rectum (8).

La plupart du temps, les femmes arrivent à l'hôpital en état de surmenage obstétrical, après un travail prolongé, parfois un long transport ; de plus la famille n'admet pas toujours la nécessité d'une intervention, surtout lorsque l'enfant est déjà sorti. On comprend que dans ces conditions les résultats opératoires soient singulièrement compromis.

III. — DYSTOCIE DUE AU MOBILE

Nous étudierons surtout la présentation de l'épaule et l'excès de volume du fœtus.

PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE

La présentation de l'épaule est particulièrement fréquente en Indochine, du moins pour la race annamite ; en réalité le pourcentage, calculé sur 3.407 accouchements, est de 1 pour 109. (PINARD a donné en France le chiffre de 1

(8) Dans un accouchement observé par BLot la tête sortait par l'anüs déchiré, la sage-femme avait effectué des pressions sur la tête à travers l'abdomen dans un cas de rigidité.

pour 124). Pourquoi cette fréquence ? Nous l'avons déjà dit à propos des rétrécissements du bassin : dans 60 % des cas, la présentation vicieuse est due à la présence d'un faux promontoire sacré rendant l'extraction de la tête dernière impossible. Il faut encore invoquer le nombre élevé des grandes multipares, l'hydramnios et le placenta prævia fréquents.

Ici, comme en France, légère supériorité dans le nombre des présentations de l'épaule droite par rapport aux gauches (14 droites pour 16 gauches) et des dorso antérieures plus fréquentes (16 pour 10 dorso postérieures).

Il faut insister sur la gravité toute particulière des présentations de l'épaule dans ce pays où les matrones savent rarement y remédier et où la rupture utérine est encore une complication trop fréquente de cette présentation. La mortalité fœtale est très élevée, le plus souvent l'enfant est déjà mort quand la femme arrive à l'hôpital, ou dans un état tel qu'il ne survit que quelques heures après sa naissance.

Les femmes sont dans un état d'infection amniotique avancée, les membranes rompues depuis longtemps, en travail parfois depuis trois ou quatre jours. Toutes les procidences peuvent intervenir pour compliquer encore la situation, procidence d'un bras et du cordon surtout. La partie n'est pas gagnée lorsque l'accouchement est fait, la délivrance artificielle est souvent nécessaire chez ces femmes à utérus plus ou moins inerte ; de plus, l'infection survient dans les suites de couches amenant un grand nombre de décès.

Quant aux interventions pratiquées pour présentation de l'épaule, suivant les statistiques hospitalières, le plus souvent la version externe a été impossible (trois fois seulement contre 12 versions par manœuvres internes). La césarienne a été nécessaire dans quelques cas, par suite de rétraction utérine.

EXCÈS DE VOLUME GÉNÉRALISÉ

Les dystocies dues à un excès de volume du fœtus sont rares dans ce pays : il s'agit le plus souvent d'excès de volume généralisé. Les fœtus de 4 kg 700 sont ici beaucoup trop gros pour passer par la filière génitale étroite des Annamites. Dans les observations rapportées, il a fallu intervenir soit par forceps, soit par césarienne ; les résultats ont été bons pour la mère et pour l'enfant.

L'hydrocéphalie congénitale a été signalée quelques fois. JOURDRAN a extrait au forceps un enfant hydrocéphale vivant, ainsi qu'un cas d'excès de volume de la tête sans altérations morbides.

Quant aux excès de volume de l'abdomen, JUDET DE LA COMBE (9) a observé un cas de dystocie par hydronéphrose compliquée de rétention d'urine ; l'abdomen du fœtus n'avait pas moins de 26 centimètres de diamètre. L'exploration de la vessie montra un col en forme d'entonnoir, mais qui ne s'abouchait pas à l'extérieur. Cette malformation s'accompagnait d'une malformation analogue du rectum. Le fœtus dû être extrait par des tractions patientes, mais il mourut aussitôt par asphyxie.

IV. — DYSTOCIE DUE A LA FORCE

Ces dystocies sont causées par des anomalies de contraction du muscle utérin. Elles sont d'une extrême fréquence en Indochine, et une des causes importantes de mortalité foetale.

Nous trouvons tous les passages, depuis la simple lenteur du travail, accompagnée de rotation du fœtus, jusqu'à l'inertie utérine totale.

(9) JUDET DE LA COMBE : Dystocie totale par oblitération congénitale de l'urèthre et du rectum. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1912.

Les statistiques nous signalent un nombre inquiétant de morts-né, par longueur de travail chez des primapares, ou par défaut de rotation chez des multipares, les matrones n'ayant pas su intervenir lorsque la souffrance du fœtus s'est manifestée. On relève dix cas analogues en 1914, à l'hôpital de Hué, quatorze en 1910 à Hanoï.

L'inertie utérine est le plus souvent secondaire à la présentation de l'épaule surtout, ou encore à l'hydramnios, ou à une grossesse gémellaire, ou à la rupture prématurée des membranes. L'état de ces femmes amenées complètement épuisées est lamentable, toutes les complications possibles entrent en jeu : rupture de la vessie, déchirures, hémorragies de la délivrance, infection puerpérale, péritonite même.

CONDUITE TENUE PAR LES MATRONES EN CAS DE DYSTOCIE

Certaines matrones seraient, paraît-il, très habiles ; elles sauraient pratiquer la version par manœuvres internes, réduire les procidences du cordon, etc., elles ont donc parfois quelques notions de chirurgie obstétricale. Mais les cas désespérés que l'on amène à l'hôpital montrent bien que trop souvent, leur science est en défaut, ou, fait plus grave encore, qu'elles ont cherché à remédier, comme dit si bien LAVAU (10), par « une conception géniale » à la situation sans issue devant laquelle elles se trouvaient, ce qui a abouti parfois à d'horribles mutilations. En dernier ressort intervient le sorcier « qui vient pratiquer ses cérémonies près de la parturiente, supplie l'enfant de bien vouloir sortir, fait force exorcismes, et, finalement, comme la nature est bonne mère, réussit souvent » (11).

Lorsqu'un hôpital ou un médecin français peuvent être atteints, leur aide paraît alors nécessaire — après celle du

(10) LAVAU : Etrange mutilation causée par une matrone annamite. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1925, p. 285.

(11) DUVIGNEAU : *loc. cit.*

sorcier — et la malade arrive à l'hôpital, parfois après un long trajet en sampan ou en pousse, lorsque toute intervention est trop tardive. Les statistiques de mortalité maternelle (tableau VI), ne pourront donc être comparées aux nôtres qu'en tenant compte des circonstances si souvent dramatiques dans lesquelles sont pratiquées les interventions (12).

TABLEAU VI. — Causes de mortalité maternelle

	Hanoï 1907	Hanoï 1908	Hanoï 1909	Hanoï 1910	Hanoï 1911	Huế 1914	Huế 1915
Infection puerpérale	3	—	—	—	2	4	7
Choléra	1	—	—	—	—	—	—
Placenta praevia	2	—	2	7	—	1	—
Paludisme	—	1	1	—	—	1	—
Hémorragie pendant l'accouche- ment	—	1	—	—	—	—	—
Dysenterie	—	—	1	—	—	—	—
Affection cardiaque	—	—	2	—	—	—	2
Néphrite	—	—	1	—	—	—	—
Tuberculose	—	—	1	—	—	—	1
Hémorragie après curetage.....	—	—	1	—	—	—	—
Môle	—	—	—	1	—	—	—
Par épuisement à la suite d'un travail prolongé	—	—	—	4	1	1	1
Eclampsie	—	—	—	—	—	1	—
Hémorragie de la délivrance....	—	—	—	—	—	1	1
Rupture utérine spontanée.....	—	—	—	—	—	1	—
Perforation de l'estomac.....	—	—	—	—	—	1	—
Bronchopneumonie	—	—	—	—	—	1	1
Œdème du poumon	—	—	—	—	—	—	1

(12 GAIDE donne pour 1929 un chiffre de 269 morts sur 49.137 entrées, soit une mortalité de 5,4 0/00. *Ann. méd. et pharm. col.*, 1932, p. 461.

CHAPITRE VII

DÉLIVRANCES ET SUITES DE COUCHES PATHOLOGIQUES

Il est curieux de constater la rareté relative des accidents et des complications de la délivrance malgré l'ignorance des matrones et les pratiques auxquelles elles se livrent lorsque le placenta ne sort pas normalement. Tractions sur le cordon, pétrissage, piétinage, sont encore, malheureusement, pratiqués et signalés par les dégâts trop fréquemment constatés (en particulier la rupture de la vessie, lorsque les manœuvres ont été pratiquées sur la vessie en état de réplétion (1).

HÉMORRAGIES

, Les hémorragies de la délivrance et les rétentions du placenta sont le plus souvent considérées par les indigènes comme mortelles. Les plus fréquentes sont les hémorragies par inertie utérine chez des femmes ayant une présentation de l'épaule négligée, et restées plusieurs jours en travail chez elles. Il faut remarquer, comme l'a bien mis en lumière DALÉAS (2), que ces hémorragies se présentent avec des symptômes moins accusés que chez les européennes,

(1) DALÉAS et UNG-THONG : Rupture de la vessie chez une femme annamite par pétrissage aux pieds de son abdomen au cours de l'accouchement. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1930, p. 908.

(2) DALÉAS : Contribution à l'étude de la pathogénie des phlébites et thromboses post-opératoire et obstétricales. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1930, p. 325. ●

état lypothymique moins accentué ; par contre, la première syncope est mortelle « schokés et hémorragies arrivent tout doucement au seuil de la mort sans réaction violente. Il semble que leur potentiel nerveux et leurs moyens de défense s'épuisent progressivement sans soubresauts, et vis-à-vis d'eux, les ressources thérapeutiques sont inopérantes dans les cas graves ».

RÉTENTIONS

Les rétentions placentaires sont le plus souvent totales, la femme vient à l'hôpital trois ou quatre jours après l'accouchement en état d'infection avancée. GAIDE signale un enchatonnement du placenta chez une multipare à utérus rétracté. La délivrance artificielle, très difficile malgré l'anesthésie chloroformique légère, fut suivie de l'inversion utérine complète qui nécessita une réduction immédiate.

Les statistiques hospitalières notent assez peu de délivrances artificielles : trois sur trois cent soixante neuf à Hanoï en 1907, une sur trois cent cinquante deux en 1908, il semble donc que la race annamite, qui paie un si lourd tribut aux dystocias pendant l'accouchement, soit, au contraire, moins sujette aux anomalies de la délivrance.

SUITES DE COUCHES PATHOLOGIQUES

Les conditions particulières de l'accouchement en Indochine sont plutôt favorables au développement de l'infection puerpérale sous toutes ses formes. Conditions extérieures : milieu infecté, soumis à toutes les souillures possibles, accouchement fait sans aucune notion d'aseptie, déchirures et traumatismes de la région génitale, surtout durant de l'accouchement, épuisement complet des malades, infection amniotique fréquente, état de l'accouchée. Infection autogène rendue possible par la grande fréquence des affections de la peau (pyodermites en particulier), des infections buccales ou rhyno-pharyngées, et des maladies générales (paludisme et syphilis surtout). Tout concourt

donc à suspendre au-dessus de l'accouchée une menace constante. Il faut noter cependant qu'une grave cause de septicité lui est épargnée par l'abstention presque totale de touchers malpropres (les matrones ne le pratiquant que très rarement), c'est peut-être là ce qui explique que la fréquence des infections puerpérales ne soit pas encore plus grande.

Les statistiques ne donnent pas, étant posées ces conditions particulières, un énorme pourcentage de décès : quatorze cas sur deux mille quatre vingt neuf, ce qui ne fait qu'une mortalité de 0,7 % dûe à l'infection puerpérale, chiffre légèrement plus élevé que celui de 0,5, qui a été donné comme constant en France pendant les vingt dernières années. Mais il faut tenir compte de toutes les morts non enregistrées et dont le nombre doit être très élevé si l'on considère l'insuffisance de l'état-civil, la rapidité d'évolution de ces infections massives et l'éloignement des centres rendant trop tardive ou même impossible l'hospitalisation.

Il est frappant de voir combien ces cas sont généralement graves d'emblée : quinze décès et dix guérisons nous donnent des statistiques hospitalières. Cela ne tient naturellement pas à la technique employée, mais à l'état désespéré dans lequel arrivent, comme toujours, les malades, en pleine fièvre puerpérale dont il devient impossible d'enrayer la marche fatale.

Qu'elle est en Indochine la fréquence relative des différentes formes d'infection puerpérale ?

Le fait capital ici est l'absence de phlébites, ou, tout au moins, leur très grande rareté chez les Indochinoises. DALÉAS (3) à Hué, en a vu quatre en un an pour plus de quatre cents interventions chirurgicales et plus de 1200 accouchements. Au Cambodge, il n'y a pratiquement pas de phlébites. Il explique ainsi ce phénomène : la contrac-

(3) DALÉAS : Contribution à l'étude des phlébites et thromboses post-opératoires et obstétricales. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1930, p. 325.

tilité veineuse étant sous la dépendance du sympathique, les réactions spasmodiques veineuses doivent être d'autant plus fortes que les individus possèdent un tonus sympathique plus considérable. Il admet, avec LERICHE, que le spasme veineux est une des conditions nécessaires à la production des phlébites et que chez les races indochinoises à tonus nerveux bas, les spasmes durables qui se produisent dans les phlébites aseptiques sont exceptionnelles. Du reste, les quelques phlébites que l'on peut observer en Indochine sont toujours d'origine infectieuse nette.

La forme la plus fréquente d'infection puerpérale est la plus grave : péritonite généralisée avec mort en 24 heures. La plupart des décès lui sont imputables alors que les septicémies semblent rares.

L'infection localisée sous forme d'endométrite est fréquente, cédant le plus souvent aux injections intra-utérines ou au curettage après un temps plus ou moins long.

Signalons ici une complication très spéciale et fréquente des suites de couches, c'est le béribéri post partum. Il a été bien étudié, en particulier par MILLOUS (4) et KHAI (5), qui en ont fixé ainsi les principaux caractères : sa date d'apparition varie du septième au quinzième jour après l'accouchement, chez des femmes ayant par ailleurs des suites de couches normales. Certaines en présentent une atteinte après chaque accouchement. Il peut se déclarer, bien que très rarement, pendant la grossesse. Les symptômes sont les mêmes que chez les hommes : presque toujours localisé aux membres inférieurs, il s'accompagne de paralysie des plexus sacré et lombaire. Il revêt le plus souvent la forme sèche, sans troubles cardiaques. Il est un obstacle à l'allaitement, non seulement parce que l'enfant devient alors béribérique, mais aussi parce que la sécrétion lactée se tarit.

(4) MILLOUS, NGUYEN VAN HOANH et TRAN VAN TAI : Note clinique sur les polynévrites post partum en Indochine. *Bull. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926, p. 67.

(5) NGUYEN VAN KHAI : Contribution à l'étude clinique du béribéri en Cochinchine. *Bull. Soc. méd. chir. Ind.*, 1932, p. 18.

CHAPITRE VIII

NOUVEAU-NÉ NORMAL

Quel est le sort, en Indochine, du nouveau-né « ce fragment de l'organisme maternel », dit RICHET, « qui est encore sans individualité, avec des tissus indifférenciés, et dont la vie se concentre dans la digestion du lait ».

Au point de vue annamite, l'enfant est considéré comme un nouveau-né jusqu'à la quatrième semaine, époque à laquelle il rentre dans la maison du père avec toute la solennité du rituel annamite.

POIDS A LA NAISSANCE

Quel est le poids moyen, à la naissance, de cet enfant d'une mère qui pèse en moyenne 40 kilos ? Naturellement, il variera dans des limites assez éloignées, mais les statistiques pour les années 1907 à 1916, donnent pour 2.664 enfants un poids moyen de 2.764 grammes. Le poids du placenta est en moyenne de 575 grammes (c'est-à-dire pas tout à fait le 1/5 du poids du fœtus). Un des poids les plus faibles, pour un enfant à terme, a été signalé par PERTUISOT (1) : un enfant pesant 1.350 grammes à sa naissance, poids qui descendit ensuite à 1.080 grammes (longueur du corps 0,40, circonférence du tronc 0,20, de la tête 0,27, température anale 35°) ; cet enfant vécut 35 jours, mais abandonné

(1) PERTUISOT et NGUYEN SI DUNG : Enfant à terme pesant 1.350 gr. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.* 1913, p. 416.

par ses parents à un établissement de la sainte enfance, il mourut. A l'opposé, TARDIFF (2) décrit un nouveau-né de 4.400 grammes, et GAIDE, dans les statistiques de la Maternité de Hué signale un enfant de 4.470 grammes, poids énorme pour un enfant annamite à la naissance, les gros enfants étant ici de 3 à 4 kgs.

DIMENSIONS

La longueur moyenne du nouveau-né annamite serait, d'après GAIDE, de 492 mm.

Les mensurations de la tête donnent les chiffres suivant :

	Annamites	Européens
Diamètre O. M.	13,2	13,5
O. F.	11,8	11,5
S. O. B.	9,6	9,5
S. M. B.	10,2	9,5
B. P.	9,2	9,5
B. T.	7,8	8,5

Nous comprenons donc pourquoi, malgré les faibles dimensions du bassin annamite, il est adapté à cette tête fœtale, elle-même plus réduite dans ses diamètres que la tête du plus petit européen à sa naissance.

SEXE

Le sexe de ces enfants donne une proportion de 884 garçons pour 1.000 filles au Tonkin en 1908 ; 1.040 filles pour 1.000 garçons en Annam, et 89 filles pour 1.000 garçons à Saïgon. BOREL (3) donne, pour deux plantations situées en terres rouges, des chiffres extrêmement différents, où le

(2) TARDIFF : Un nouveau né annamite pesant 4.400 gr. *Bull. Soc. méd. chir. Ind.*, 1914, p. 528.

(3) BOREL : Contribution à l'étude de la mortalité infantile en Cochinchine. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926, p. 577.

nombre des filles est beaucoup plus élevé que celui des garçons : 22 pour 11 de ces derniers dans l'une, 14 pour 4 garçons dans l'autre. Il est donc difficile de tirer de la diversité de ces chiffres une conclusion précise.

QUELQUES PARTICULARITÉS DE L'ENFANT ANNAMITE

Tache mongolique : Ces nouveaux-nés présentent très fréquemment la pigmentation lombo sacrée appelée tache mongolique. Elle a des dimensions variables allant de 1 à 2 centimètres jusqu'à une dimension telle, parfois, qu'elle couvre un ou deux tiers de la région lombo sacrée. Elle est bleu violet et s'atténue assez rapidement d'intensité pour ne subsister finalement que sur un petit territoire.

La couleur de la peau, à la naissance, varie selon les types ethniques : chez l'Annamite, elle est rougeâtre, chez le Chinois, plus pâle. Le système pileux présente de grandes variations. l'enfant a souvent à sa naissance un développement pileux foncé cranien qui disparaît ensuite.

Les paupières sont tantôt ouvertes, tantôt fermées à la naissance et certains enfants ne les ouvrent que vers le deuxième ou le troisième jour, d'autres ont au contraire, dès la naissance, une vivacité de regard étonnante.

D'une manière générale, il semble bien que le nouveau-né annamite soit, si l'on peut dire, « plus avancé » que le nouveau-né européen, et ceci se retrouve dans la première enfance. Le fonctionnement cérébral, les réflexes, sont plus complets et plus rapides.

La chute du cordon, plus tardive chez les garçons qui urinent sur leur abdomen, se fait du cinquième au huitième jour. La momification est plus fréquente que la transformation humide. L'ombilic, par suite des habitudes de section tantôt trop courte, tantôt trop longue, n'a souvent pas un processus de cicatrisation normal. Nombreux sont les enfants à ombilic infecté, lâche, et à hernie ombilicale.

HABILLEMENT

Les conditions de vie de l'enfant annamite sont très particulières, le nouveau-né est souvent enroulé simplement dans un morceau de coton ; aucune mesure n'est prise pour ou contre la conservation du vernix caseosa, ni pour éviter le refroidissement post partum. Plus tard on lui fera une petite veste, toujours trop courte et confectionnée dans des habits hors d'usage, lui couvrant à peine le thorax. Il va nu pieds et a la tête couverte d'une petite calotte ressemblant à celle de certains enfants bretons. Lorsqu'il a 21 jours, on lui rase parfois la tête. Il n'a pas de couchage particulier, il repose à côté de sa mère sur de vieux vêtements ou du linge. Il vit du reste presque tout le temps sur les bras de quelqu'un. La femme qui travaille vague à ses occupations en tenant son enfant à cheval sur sa hanche.

La première sortie de l'enfant était réglée par l'habitude qui maintenait la mère et l'enfant isolés pendant un mois. Cette première sortie était l'objet d'un cérémonial rituel, encore subsistant actuellement : la jeune mère, quittant la clinique, tient un couteau pour couper la route aux génies malfaisants et une baguette de commandement qui lui permettra de devenir puissant.

ALIMENTATION

L'alimentation de l'enfant est, ici, soumise à des lois assez particulières, ou, plutôt, à l'absence de lois. Aucune règle fixe n'existe à ce sujet si bien que l'enfant le plus sainement nourri est, pourrait-on dire un peu paradoxalement, le plus pauvre, celui qui ne dispose que du lait de sa mère (4). Pendant le premier mois, l'aliment exclusif est générale-

(4) Voici la composition moyenne du lait de femme annamite :

Extrait sec	137 gr.
Beurre	54,6
Caséine	10,5
Lactose	64,6
Cendres	1,2

ment le lait maternel, mais le sein est donné sans aucune régularité, toutes les fois que l'enfant pleure, sans aucune crainte de suralimentation. Dans le cas où la mère n'a pas de lait et ne peut pas trouver d'autre nourrice, elle lui donne du riz insalivé. Dans certaines régions, l'alimentation est toujours mixte : riz insalivé et lait. Certains peuples croient que le riz est absolument nécessaire à la croissance de l'enfant. Dans les familles pauvres, l'enfant prend de la soupe de riz dès le troisième mois.

L'allaitement artificiel était complètement inconnu autrefois et est encore rarement pratiqué par les indigènes, le lait de vache étant très coûteux par suite de la rareté de ces animaux, et les bufflesses, comme presque toutes les femelles dans ce pays, n'ayant que très peu de lait.

La composition du lait de vache en Indochine est, du reste, différente de celle des laits de France : il contient 60 grammes de beurre et 50 grammes de caséine par litre (au lieu de 40 grammes de beurre et 30 grammes de caséine en France) (5). Il faut donc, pour le rendre propre à l'alimentation de l'enfant, lui ajouter 500 grammes d'eau de chaux, lactosée à 60 grammes par litre de lait, afin de rapprocher sa composition de celle du lait de femme (40 grammes de beurre et 11 grammes de caséine).

La nourrice, par contre, est d'emploi fréquent et catastrophique ; elle est généralement d'une saleté repoussante, et syphilitique très souvent (14 cas sur 16 dans un fait que nous avons déjà cité). Du reste, nous le répétons, les Annamites ignorent complètement le danger d'une nourrice malade, et réciproquement aucune nourrice ne se doute des précautions qu'elle devrait prendre afin de n'allaiter aucun enfant syphilitique. Son rôle est du reste des plus pénible, elle est obligée de porter l'enfant jour et nuit, et si il est malade elle sera chassée sans pitié.

Les enfants sont nourris au sein très tard, parfois jusqu'à 3, 4 ans. L'enfant n'est en général complètement sevré que

(5) LOZACH : Enquête sur les laits de la région de Hanoï. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1930.

lorsque le lait fait défaut, ou si une nouvelle grossesse vient interrompre l'allaitement.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la valeur de l'alimentation mixte, riz maché et lait, employée par certains peuples. CHESNEAU, au Cammon, montre que la mortalité est aussi forte chez l'enfant nourri au sein uniquement, que chez celui qui est nourri avec un mélange de lait et de riz mastiqué. Au contraire, MAUPETIT, au Laos siamois, attribue au gavage ainsi conçu, la plupart des cas de décès dans les premières semaines après la naissance.

Les troubles de la production du lait sont fréquents chez les Annamites. DUVIGNEAU voit dans ce fait une conséquence des mauvaises conditions hygiéniques auxquelles sont soumises les femmes indigènes, et pense qu'une vie régulière et une nourriture plus abondante suffisent la plupart du temps à rendre la sécrétion plus abondante. Nous pensons tout de même que le climat est peu favorable à la production du lait, car les femmes européennes, vivant dans de bonnes conditions matérielles, sont généralement moins bonnes nourrices qu'en France, ce qui n'est pas étonnant dans ce pays où la production journalière d'une vache laitière peut être évaluée à 1 litre à 2 litres par jour.

La pharmacopée sino annamite est très riche en galactogènes, plus ou moins efficaces : fruits du jaquier, du papayer, pousses de bambou, feuilles de patates, tisanes d'*aralia papyrifera* et de clématite. SALLET (6) signale un « potage très employé en Annam, sorte de bouillon de pied de porc, dans lequel on ajoute des fleurs de bananier, ou des feuilles de citronnelle, et il dit même « qu'il n'a eu qu'à se louer » de l'emploi du potage de pied de porc.

Les traitements locaux sont utilisés aussi dans le même but : suivant DUMOUTIER, la femme devra se laver les seins avec une eau dans laquelle a infusé des feuilles de jacquier, tout en se massant et en passant sur ses seins un

(6) SALLET : Les traitements modificateurs de la sécrétion employés en Annam. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1929, p. 47.

gros peigne de haut en bas. En Annam, le pétrissage des seins est en usage.

Les traitements agalactiques consistent en applications de feuilles de mûrier sur les seins de la nourrice, une Amarantacées, le « cay donc » est employé aussi.

CHAPITRE IX

MONSTRUOSITÉS ET MALFORMATIONS

On ne peut s'empêcher d'être frappé du grand nombre des monstres et de la fréquence de certaines malformations en Indochine, d'autant plus que les causes de cette fréquence semblent encore très obscures. Les antécédents ne signalent en général « rien de particulier » ; la syphilis, elle-même, est rarement décélée. Certaines causes, invoquées parfois en Europe (alcoolisme, assez peu répandu jusqu'à maintenant, et consanguinité, inexistante ici), jouent même un rôle moins important que dans nos pays.

I. — MONSTRES DOUBLES

Des monstres doubles, en assez grand nombre, ont été décrits par différents auteurs : COLAT (1) observe des monophaliens, anacatadydimes, thoracopages, leux deux individus étant soudés poitrine en avant. La région commune comprenait une cavité divisée en deux étages par un diaphragme commun. La cavité supérieure contenait un cœur, l'inférieure un foie commun. BERRET (2) signale un monstre double anadydime, sycéphalien synote, et CHABAUD (3), un monstre à deux têtes, trois membres supérieurs (le membre supérieur avait huit doigts et s'insérait au niveau de la

(1) COLAT : Monstres doubles monomphaliens. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1923, p. 429.

(2) BERRET : Monstre double. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1929, p. 272.

(3) CHABAUD : Un cas de monstre double. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1931, p. 526.

région dorso lombaire), trois membres inférieurs (le membre inférieur surnuméraire, à dix doigts, s'insérant au niveau de la région sacrée). Les deux colonnes vertébrales étaient soudées à partir de la colonne dorsale. DUFOSSE, enfin, décrit un abdominopage (4).

Aucun cas de tératologie dans les antécédents de ces divers monstres. L'étiologie est obscure sauf dans le cas de Berret où la syphilis a été mise en cause. Il s'agissait dans tous les cas de grandes multipares. Deux des monstres sont morts en naissant, deux autres ont respiré quelques minutes.

II. — MONSTRES UNITAIRES

A) UNITAIRES

KHAI (5) signale deux monstres unitaires omphalosites, l'un est un anidien, l'autre semble, d'après la photographie, être un paracéphalien, bien qu'il le décrive comme anidien. Ici encore il s'agit de grandes multipares n'ayant rien de particulier dans leurs antécédents.

B) UNITAIRES AUTOSITES

a) Tératencéphales.

Ce sont les mieux représentés : HUILLET (6), JOURDRAN (7), KHAI (8), PAULET (9), GAIDE (10), signalent des cas de

(4) DUFOSSE : Un cas de monstre double monomphalien. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1924, p. 98.

(5) KHAI : Observation d'un monstre unitaire omphalosite anidien. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1927, p. 451. Encore un monstre unitaire omphalosite, naidien, *id.*, 1928, p. 286.

(6) HUILLET : Monstre autosite. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1924, p. 329.

(7) JOURDRAN et BABLET : Un cas de monstre pseudencéphalien. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926, p. 557.

(8) KHAI : Un nouveau cas de monstre pseudencéphalien. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1927, p. 337.

(9) PAULET et NGUYEN VAN LOI : Monstre tératencéphale. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926, p. 479.

(10) GAIDE : Statistiques de la maternité de Hué. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.* 1914.

pseudencéphaliens sans fissure faciale. SAMBUC (11) présente un tératencéphale sans indiquer s'il s'agit d'un exencéphalien ou d'un pseudencéphalien. PAULET (12) décrit un pseudencéphalien avec fissure faciale, et un rhinocéphale avec trompe de 2 centimètres de longueur ; enfin DUFOSSE (13) observe encore parmi les monstres unitaires autosites un exencéphale, tératomèle, à doigts surnuméraires, né avec plusieurs canines. Dans aucun de ces cas, les antécédents ou l'histoire de la grossesse n'expliquent l'anomalie. Un de ces monstres a vécu une heure, un autre dix heures, un autre trois jours, un autre six jours ; les autres étaient morts en naissant. Deux des mères étaient des primipares, les autres des multipares ayant eu des enfants normalement constitués. Parmi les malformations des organes des sens, MASSIAS (4) observe un monstre cyclocéphalien diophtalme monoorbitaire rhinocéphale et stomocéphale. Les membres étaient, de plus, couverts de poils. SAMBUC et NGO VAN HIEU (15) signalent un monstre otocéphalien opocéphale avec des mains botes. Toujours rien de particulier dans les antécédents des parents.

b) Célosomiens.

Deux Célosomiens ont été décrits par BERRET (16), extériorisation de tous les viscères abdominaux et d'une partie des viscères thoraciques, organes génito-urinaires incomplets ; et TIROUVANZIAM (17) (deux jumeaux présentant tous

(11) SAMBUC et NHAN VAN LOI : Monstre térentencéphale. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.* 1931, p. 123.

(12) PAULET et NHAN VAN LOI : Monstre pseudencéphalien avec fissure faciale. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.* 1926, p. 479.

(13) DUFOSSE : Un cas de monstre unitaire exencéphalien notencéphale. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.* 1925, p. 226.

(14) MASSIAS et TRAN VAN CAU : Monstre cyclocéphalien diophtalme monoorbitaire. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.* 1925, p. 330.

(15) SAMBUC et NGO VAN HIEU : Monstre opocéphale. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.* 1928, p. 547.

(16) BERRET et NGUYEN VAN QUYNH : Deux cas d'enfant monstres. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.* 1930, p. 1000.

(17) TIROUVANZIAM : Deux monstres jumeaux tératosomes. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.* 1921, p. 283.

deux un arrêt de formation des parois abdominales avec hernie des viscères sous-diaphragmatiques, atrophie complète des organes génito-urinaires, pas d'anus ; de plus un bec de lièvre compliqué).

A rapprocher de ces cas une hernie sous-diaphragmatique observée chez un nouveau-né, mort aussitôt en poussant un cri. La déhiscence diaphragmatique était à gauche. La cavité herniaire contenait l'estomac, l'intestin grêle, et une partie du coecum (18).

c) Tératomèles.

Ils sont relativement rares en Indochine. SAMBUC (19) présente un cas d'absence congénitale complète des membres supérieurs chez un enfant, par ailleurs normalement conformé. Le père était un fumeur d'opium, la mère était atteinte de béribéri. KHAI (20) décrit un tératomèle dont les deux avant-bras font défaut : les deux mains étaient soudées en demi flexion aux bras, la main gauche ne perdant que quatre doigts, la main droite trois (on retrouve la syphilis dans les antécédents de la mère).

III. — ANOMALIES COMPATIBLES AVEC LA VIE

Elles sont très fréquentes en Indochine. Parmi les plus rares, citons un cas d'hydrocéphalie congénitale chez une primipare accouchée au forceps par JOURDRAN (21). La tête moulée sur la filère génitale était très allongée et sa circonférence atteignait 46 centimètres, elle était surmontée d'une

(18) TIRÒUVANZIAM : Hernie diaphragmatique chez un nouveau né. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.* 1930, p. 87.

(19) SAMBUC : Un cas d'absence congénitale complète des membres supérieurs. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.* 1928, p. 352.

(20) NGUYEN VAN KHAI : Observation d'un monstre unitaire autosite (tératomèle). *Bul. Soc. méd. chir. Ind.* 1926, p. 238.

(21) JOURDRAN : Un cas d'hydrocéphalie. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.* 1926, p. 61.

poche de liquide. Dix heures après la naissance, la tumeur tend à disparaître, les os à se rapprocher, l'enfant tête normalement. DEGORCE (22) a opéré un enfant de 4 jours présentant un méningocèle appendu à la partie latérale gauche du crâne. Douze jours plus tard il le considérait comme guéri.

Parmi les plus fréquentes de ces malformations ou anomalies, citons : les becs de lièvre, les pieds bots, les imperforations de l'anūs, l'absence de la partie extérieure de l'oreille, les doigts surnuméraires (BAILLON et DAT (23) décrivent un fœtus présentant 14 doigts et 16 orteils), l'absence congénitale des doigts, les malformations génitales. KHAI (24) signale un cas de pseudo hermaphroditisme par hypospadias périnéo scotal complet avec scrotum prenant l'aspect d'une vulve et verge prenant l'aspect d'un clitoris hypertrophié.

L'éruption des dents de lait chez le nouveau-né a été observée plusieurs fois. ESTÈVE (25) a même extrait un enfant mort-né qui possédait toute sa dentition de lait au complet.

(22) DEGORCE et MOUZELS : Hydrencéphalocèle chez un enfant de quatre jours. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.* 1911, p. 588.

(23) BAILLON et NGUYEN VAN DAT : Fœtus à doigts et orteils en sur-nombre. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.* 1927, p. 380.

(24) NGUYEN VAN KHAI : Un cas de pseudohermaphroditisme. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.* 1927, p. 383.

(25) ESTÈVE : Eruption complète de la dentition de lait chez un nouveau né. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.* 1924.

CHAPITRE X

MORTALITÉ INFANTILE

La mortalité infantile en Indochine a été l'objet de travaux nombreux, mais souvent contradictoires, intéressant les différents pays de l'Union indochinoise. Cette diversité dans les interprétations tient à ce que les méthodes d'investigations n'ont pas été les mêmes : les uns donnent des statistiques hospitalières qui ne reflètent qu'une partie de la population, d'autres se basent sur l'état-civil, les derniers, enfin, interrogent directement la population par l'intermédiaire des infirmiers des dispensaires ruraux, les renseignements ainsi obtenus étant dûment contrôlés et vérifiés.

Une autre difficulté, que fait bien remarquer LEROY DES BARRES pour le Tonkin (1), tient au manque d'état-civil rigoureusement exact ; même dans les régions où l'état-civil commence à fonctionner, il est courant cependant, pour les indigènes, de ne pas faire de déclaration des jeunes enfants morts ; les familles, pour éviter les formalités, ensevelissent les cadavres la nuit et tout le monde ferme les yeux. D'autres fois, et surtout dans les grands centres, le cadavre est abandonné dans un terrain vague, ou dans une rue peu passagère la nuit. On comprend que les statistiques, se basant sur les décès enregistrés, soient entachées d'erreur et que l'étude de la mortalité infantile en Indochine ne soit pas d'une précision à l'abri de toute critique.

(1) LE ROY DES BARRES : La mortalité infantile au Tonkin, *Bul. Soc. méd. chir. Ind.* 1928, p. 245.

En dernier lieu, les incertitudes viennent de ce que les auteurs n'ont pas donné leurs résultats d'une façon comparable, calculant leurs pourcentages soit par rapport aux décès totaux, soit par rapport aux décès infantiles à tous âges, soit par rapport aux naissances. Les conditions semblent assez différentes dans les différents pays de l'Union, à un point tel que LEROY DES BARRES peut conclure, avec raison, que la mortalité infantile au Tonkin est « effroyable », alors que LAVAU (2) en Cochinchine, dit qu'elle « n'est pas un danger pressant ». Il semble que ce dernier soit un peu optimiste, car le taux de la mortalité générale qu'il donne est sensiblement le même que celui du Tonkin, c'est-à-dire assez élevé.

Nous allons tâcher de grouper les différents résultats obtenus par âge, ce qui ne sera du reste pas toujours possible pour toutes les régions.

1° *Mortalité* : A Cholon, des chiffres donnés par la doctoresse ELLICHE (3) on peut tirer le pourcentage de 10,9 de morts-nés. A Hanoï, à la maternité de l'hôpital indigène, 6,9 seulement. Au Cammon elle ne serait que de 5,7 % des naissances, chiffre peu élevé qui est dû, comme le fait remarquer CHESNEAU, à l'absence de syphilis.

2° *Mortalité infantile générale dans les quinze premières années* : En Cochinchine, la doctoresse Elliche donne le chiffre de 39,4 % des grossesses terminées par la mort de l'enfant, avant ou après la naissance (chiffre que MONTEL (4) reconnaît comme exact), ou 33,1 % en déduisant les avortements et les morts-nés.

Au Tonkin, LEROY DES BARRES pense que 35 % des enfants environ succombent avant d'atteindre 13 ans.

(2) LAVAU : Notes sur la mortalité infantile. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.* 1926, p. 472. — Deuxième enquête sur la mortalité infantile en Cochinchine. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.* 1927, p. 355.

(3) JEANNE ELLICHE : Note statistique sur la mortalité infantile indigène à Cholon. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.* 1926, p. 572.

(4) MONTEL et TRAN VAN AN : Notre statistique sur la mortalité infantile de la ville de Saïgon. *Bull. Soc. méd. chir. Ind.* 1926, p. 575.

Au Cammon, région particulièrement bien étudiée par CHESNEAU (5), très intéressante parce qu'ouverte depuis peu à la civilisation, et par la simplification (en quelque sorte), du problème, à cause de l'absence presque totale de syphilis, sur 1.000 enfants qui naissent, 375 meurent dans les 15 premières années.

3° Mortalité pendant le premier mois :

En Cochinchine, MONTEL en fixe le chiffre, par rapport aux naissances, à 8,02 %, et par rapport aux décès totaux à 19,27 %. Au Tonkin, LEROY DES BARRES pense que 27 % des enfants décédés meurent dans le premier mois.

4° Mortalité pendant la première année :

En Cochinchine, MONTEL l'évalue à 30 % des naissances. Au Tonkin, d'après LEROY DES BARRES, « sur 100 décès d'enfants, 70 concerneraient les enfants âgés de moins de 1 an ». Au Cammon, 50 % environ de décès auraient lieu avant 1 an.

5° Mortalité de 0 à 5 ans :

En Cochinchine, LAVAU fixe à 27 % le nombre d'enfants morts jusqu'à 4 ans. CHESNEAU trouve le même chiffre au Cammon.

6° Mortalité de 5 à 10 ans :

6 % environ au Tonkin, 3 % seulement au Cammon.

Quelles sont les causes principales de mortalité infantile en Indochine ?

Ces causes, relevées la plupart du temps d'après les statistiques de l'état-civil, sont, elles aussi, forcément entachées d'erreur. Comme le dit LEROY DES BARRES : « Il ne s'agit en effet que de diagnostics cliniques, sauf exception, souvent rétrospectifs faits par de nombreux médecins, les uns se contentant de porter un diagnostic symptomatolo-

(5) CHESNEAU : Natalité et mortalité au Cammon, province du moyen Laos. *Bull. Soc. méd. chir. Ind.* 1930.

gique, les autres portant un diagnostic étiologique. Beaucoup d'affections se terminant par des convulsions, ce dernier diagnostic est trop souvent inscrit seul. Ces statistiques relèvent aussi sous le nom d'athrepsie ou de débilité congénitale bien des morts qui sont dues à la syphilis héréditaire ou à la tuberculose.

La doctoresse Elliche range *la syphilis* en premier lieu dans les facteurs de mortalité infantile et pense que nombre d'hypotrophies souvent mortelles dans le premier trimestre de la vie sont d'origine syphilitique. Elle donne le chiffre élevé de 41 % des multipares venues à la maternité de Cholon ayant une syphilis certaine (réaction sérologique ou signes cliniques).

A Hanoï, LEROY DES BARRES donne 33 % de positives. Nous avons vu, par ailleurs, le grand nombre de débiles dus à la même affection.

Le paludisme : Son rôle paraît très variable suivant les régions. LEROY DES BARRES ne le mentionne pas dans son étude sur la mortalité infantile à Hanoï, tandis que RIGOLLET (6) disait que dans cette même ville, 11,6 % des enfants mouraient de cette affection. BOREL (7), en Cochinchine, a étudié la mortalité infantile dans plusieurs plantations des terres rouges, où le rôle joué par la syphilis était négligeable ; il conclut : « le paludisme joue le plus grand rôle dans l'arrêt de la natalité et dans la mortalité infantile..., toute lutte prophylactique complète, entreprise contre la malaria est appelée à donner des résultats à une échéance plus ou moins lointaine ». Mais CHESNEAU, au Cammon, est encore beaucoup plus affirmatif : « la mortalité infantile de 0 à 15 ans relève du paludisme dans une proportion que nous n'hésitons pas à fixer à 70 % des décès, en faisant entrer dans ce chiffre non seulement les décès relevant d'accidents paludéens aigus, mais encore les décès dus soit à

(6) RIGOLLET :

(7) BOREL : Contribution à l'étude de la mortalité infantile en Cochinchine, 1926, p. 577.

l'athrepsie, la misère physiologique, la débilité congénitale, toutes affections sous la dépendance étroite d'une impaludation profonde de la mère pendant la grossesse ou de l'enfant pendant la naissance ». La courbe de mortalité infantile (pour cette région où, nous l'avons déjà dit plusieurs fois, la syphilis ne joue aucun rôle), marque nettement deux maxima dans l'année, correspondant aux époques de plus grande fréquence des accès pernicioeux.

Les affections broncho-pulmonaires :

Leur importance est aussi différente suivant les régions : au Tonkin, où il existe un hiver rigoureux, pénible pour tous les indigènes à peine vêtus et vivant dans des cases ouvertes, elles causent, dit LEROY DES BARRES, « des ravages effroyables parmi les enfants, et environ 35 % des décès de deux à cinq ans » (8). Au Laos, d'après CHESNEAU, la mortalité pour affection broncho-pulmonaire, peut être évaluée à 30 % des décès de zéro à trois ans. Ici encore caractère saisonnier net avec maximum en hiver. Il semble qu'en Annam et en Cochinchine surtout, pays qui possèdent une température plus constante, ces affections soient plus rares.

Affections gastro-intestinales :

Elles seraient moins fréquentes ici qu'en France par suite de l'absence d'allaitement artificiel, bien qu'il n'y ait aucune règles pour les tétées, ni comme durée, ni comme fréquence. MONTEL va jusqu'à préférer « nettement le retour à l'alimentation par le riz insalivé... à l'allaitement artificiel tel qu'il est pratiqué par les indigènes : bouteilles sales, tétines non lavées, ravaudées avec du fil à couture sale, eau non bouillie, lait à moitié coagulé dans lequel nagent des poussières innommables, véritables bouillons de culture où pululent tous les germes ». Sans aller jusqu'à cette extrémité.

(8) Voici d'après les statistiques du Bureau d'Hygiène, pour 1928, les divers cas de mortalité infantile : Bronchopneumonie, 667; débilité congénitale, 287; athrépan, 362; méningite non tuberculeuse, 113; cachexie, 12.

nous ne pouvons nous empêcher de constater, d'autre part, avec CHESNEAU, que pour l'alimentation mixte (riz mâché et sein) la mortalité n'est pas plus forte que pour l'alimentation exclusive au sein ; tandis qu'en France, même l'alimentation au biberon donne un pourcentage de décès presque double de celui de l'alimentation au sein. Il semble donc que les infections gastro-intestinales ne jouent pas, en Indochine, le rôle prépondérant que l'on a à craindre à première vue.

Le tétanos infantile :

Il est encore trop fréquent au Tonkin : d'après LEROY DES BARRE, les statistiques — toujours bien au-dessous de la réalité — ont donné : en 1925, 252 cas ; en 1926, 274 ; en 1927, 232. De 1912 à 1927, il y a eu à Hanoï 1523 décès par tétanos. Depuis l'institution du régime des Ba Mu et la réglementation de leur profession, depuis la création d'une école de sages-femmes qui se répandent de plus en plus dans les provinces, ce nombre diminue progressivement. En Cochinchine, les résultats ont été remarquables à ce point de vue : en 1905, le tétanos ombilical frappait 10 % des nouveaux-nés ; en 1925, il avait disparu des statistiques, ou à peu près (0,75 %). Ce résultat avait été obtenu en apprenant aux sages-femmes à panser le cordon, en leur remettant des pansements et des ciseaux tout préparés, et, par un système de primes (une piastre — 10 fr. — à la cicatrisation du cordon de tout enfant bien portant).

Au Laos, d'après CHESNEAU, cette affection est très rare.

Enfin, le plus important facteur de mortalité infantile est la *misère physiologique*, qui favorise toutes les autres causes. « Sans être taxé d'exagération », écrit LE ROY DES BARRES, « nous pouvons dire que sur cent décès d'enfant, 50 % sont dûs à la misère, 30 % aux préjugés, et 20 % à d'autres causes. Ces chiffres se passent de commentaires. C'est donc, comme le suggère CHESNEAU, en augmentant le bien-être que l'on luttera contre le paludisme (débroussaillage et drainage), contre les affections pulmonaires, (meilleur habillement et protection contre le froid), contre

les affections gastro-intestinales (alimentation plus rationnelle et plus riche), et que l'on pourra faire disparaître peu à peu les préjugés relatifs à l'élevage des enfants, car « certes, les Annamites aiment leurs enfants et s'ils les soignent mal, c'est parce qu'ils ne savent où ne peuvent faire autrement » (9). De grandes améliorations se font déjà sentir dans les centres et parmi les classes aisées ; il est à souhaiter qu'elles se répandent rapidement dans les campagnes et les provinces.

(9) MARCEL : Les jardins d'enfants au Tonkin. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1925, p. 9.

CHAPITRE XI

QUELQUES NOTIONS DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE APPLIQUÉES A LA FEMME INDOCHINOISE

Quelles étaient, avant notre arrivée, les moyens de recherche que l'on appliquait aux divers délits commis sur la personne de la femme et de l'enfant en Indochine ?

Le livre de la « Réparation des torts » (1) a fixé les états successifs de la coutume chinoise et annamite et servait, à la fois de Code Pénal et de Traité de médecine légale. Il est curieux de rapporter ici quelques-unes de ces lois :

RECHERCHE DE LA VIRGINITÉ

Pour rechercher sur le cadavre (afin de connaître les mobiles du meurtre), si une femme est vierge, il faut « ordonner à la sage-femme annamite de se couper l'ongle du doigt du milieu et de l'envelopper avec du coton ; puis, devant les parents de la morte et deux ou trois femmes du voisinage, lui prescrire d'introduire le bout du doigt ainsi conditionné dans le conduit vaginal pour voir s'il se trouve du sang noirâtre ; s'il y en a, la fille est vierge ; elle ne l'est pas dans le cas contraire ».

(1) Livre de la réparation des torts. *Revue Indochinoise*, 1909, p. 531. D'après le traducteur, le mot « tort », par lequel nous traduisons le caractère « oan » est ici le sort injuste subi, d'après les idées chinoises et annamites, par la victime. »

VIOL

L'examen de l'hymen n'est pas connu et son intégrité n'a pas l'importance que nous lui attribuons. Le viol est puni dans beaucoup de tribus par de simples coups de bâton, ou par une amende (4 ticaux, 7 francs environ au Laos).

CONSTATATION DE LA GROSSESSE

Elle se faisait toujours d'après le livre de la « Réparation des Torts », d'une façon qui rappelle la recherche du balotement fœtal : « Lorsque l'on tapote avec la main au-dessous du cœur à l'ombilic, on trouve cette région dure comme le fer si l'utérus est gravide ». La croyance à des fœtus « diaboliques » se formant chez les veuves ou même les filles « encore vierges » vient du reste compliquer cette constatation ; mais, dit la superstition, « le fœtus a une enveloppe tandis que les fœtus diaboliques ne sont qu'une masse de sang qui prend parfois la forme d'une tortue ou d'un serpent ».

AVORTEMENT PROVOQUÉ

L'avortement provoqué, dans la plupart des cas, n'est pas considéré comme un crime de droit commun, mais comme une honte familiale dans laquelle le médecin européen a rarement à intervenir.

En cas d'avortement provoqué par des coups donnés à une femme enceinte, voici comment l'on peut, d'après le Livre des Torts, reconnaître l'âge du fœtus expulsé : à un mois, il ressemble à une goutte de rosée, à deux mois à une fleur de pêcher, à trois mois la distinction des sexes s'établit, à quatre mois il a forme complète, à cinq mois on distingue les os et les articulations, à six mois les poils et les cheveux prennent naissance, à sept mois la main droite remue (du côté gauche de la mère si c'est un garçon), à huit mois la

main gauche remue (du côté droit de la mère si c'est une fille), au neuvième mois le fœtus se retourne trois fois, au dixième mois il est à terme. « Si le fœtus n'a pas encore forme humaine (en deçà de quatre-vingt dix jours) on ne peut, d'après le Livre, parler d'avortement par suite de coups et blessures puisque « le fœtus n'est constitué que par une masse de sang qui, à la longue, en se décomposant, se change en liquide corrompu ».

La loi laotienne est actuellement plus large : quand l'avortement est pratiqué avant que l'enfant ait donné signe de vie, il suffira de sacrifier un bufflon aux génies, en expiation. Toute personne qui aide à un avortement elle-même, si l'enfant a remué, peut être punie de cinq à dix ans de travaux forcés ; si c'est un bonze, la punition est toujours maximum (mais, en réalité, elle n'est presque jamais appliquée).

RECHERCHE DE LA PATERNITÉ

Il existe un curieux moyen de la recherche de la parenté et, en particulier, de la paternité, qui, étant donné l'importance du culte des ancêtres, a fait l'objet de nombreux travaux : c'est la « méthode d'instillation des sangs ». Voici en quoi elle consiste : « On tire du sang d'une piqûre que l'on a faite à l'enfant qui recherche son père ou sa mère, et on le laisse tomber goutte à goutte sur un os du défunt. Si la parenté est réelle, le sang imprègne l'os ». Il en existe une autre, applicable aux vivants, c'est la méthode de « combinaison des sangs » : deux individus se piquent ensemble et font tomber des gouttes de leur sang dans l'eau ; si ils sont parents, leur sang se mélange, si non le mélange n'a pas lieu ».

N'y a-t-il pas dans ces principes, autrefois suivis à la lettre, un mélange extravagant de connaissances justes et d'imagination les plus fantaisistes ? Nous ne nous étonnons pas que le traducteur ait conclu : « La pensée y est profonde et le lecteur y est souvent exposé à une fausse

interprétation. C'est pourquoi, si ceux qui compulsent l'ouvrage ne sont pas des gens très instruits et versés dans la connaissance des arcanes des principes médicaux, ils ne peuvent aisément arriver à faire atteindre au peuple les bornes d'une longue vie acquise à force d'humanité ».

Pratiquement, la coutume annamite admet que les enfants peuvent être viables entre cinq mois et douze mois de gestation. Si l'enfant naît dans les sept mois qui suivent le mariage, même s'il ne présente pas de caractère de prématuré, le mari le reconnaît toujours. Si la paternité est contestée, on peut avoir recours à l'épreuve des sangs dont nous venons de parler. En général, le mari tient à éviter le scandale, et est heureux d'avoir un enfant. L'enfant né plus de trois cents jours après la séparation des époux, peut être désavoué par le père ; mais généralement, ou celui-ci l'accepte, ou, dans le cas contraire, il répudie la femme et l'enfant. Le Code civil à l'usage des Annamites a précisé ces notions. L'article 151 dit : « La conception est réputée avoir eu lieu pendant le mariage, lorsque l'accouchement s'est produit cent quatre-vingt jours après la célébration du mariage, ou dans le délai de trois cents jours après sa dissolution. Le mari peut désavouer un enfant né hors de ces limites dans deux cas seulement : s'il a eu connaissance de la grossesse avant le mariage, ou s'il a assisté à l'acte de naissance et si cet acte est signé de lui ».

Le Code annamite reconnaît seulement : les enfants naturels, les enfants reconnus ou adoptés ; les enfants adultérins n'ont pas d'existence légale. L'adoption est très fréquente, la vente le remplace. La vente des enfants est une chose admise et encore pratiquée couramment (2), surtout en milieu chinois quand il n'y a pas de fils pour honorer ses parents.

(2) Supplique des représentants du peuple au Ministre des Colonies, novembre 1931.

ROLE DU MÉDECIN EUROPÉEN EN TANT QUE MÉDECIN LÉGISTE

Les médecins européens, dans les grands centres, sont appelés, d'une façon très fréquente, à rédiger des certificats médico-légaux pour violences entre époux, entre femme légitime et concubine ou réciproquement, pour constatation de défloration, rarement pour non-consommation de mariage et brutalités sur des enfants. Le plus souvent les intéressés n'usent de ces certificats que pour fortifier leur position personnelle dans la famille, ou surtout contre la « belle-mère », qui est toujours, en Indochine, au premier rang des querelles de famille.

QUELQUES NOTIONS DE THÉRAPEUTIQUE

La pharmacopée annamite, presque entièrement d'origine chinoise, encore assez mal connue, contient des drogues extrêmement toxiques et dont l'emploi à doses massives amène des empoisonnements trop souvent mortels pour la mère ou le nouveau-né. L'étude de cette riche pharmacopée sino-annamite mériterait toute l'attention des toxicologues européens.

Pendant la grossesse, il est de règle de prendre des « fortifiants » ; le fortifiant étant la seconde partie du traitement des maladies qui comprend toujours un médicament direct pour « annihiler » la maladie, et un fortifiant pour « remonter » la malade. Les plus employés de ces médicaments sont le ginseng, la canelle, la corne de cerf. Le docteur BLOT a fréquemment constaté des symptômes morbides, hypertension artérielle, faciès vultueux, bouffées de chaleur, angoisses, hémorragies, suivis ou non de l'expulsion du fœtus, qu'il rapporte à la prise de quantités exagérées de ces médicaments. Selon la notation populaire, la malade déclare : « J'ai pris pour 40, 50, 60 piastres (la piastre vaut 10 francs) de canelle ou de ginseng », ce qui permet de reconnaître l'abus.

A la fin de la grossesse, pour faciliter l'accouchement, d'après REGNAULT, la parturiente doit prendre une poudre à mettre dans l'eau chaude et contenant :

Racine de livèche	}	à 4 gr.
— de pivoine blanche		
— d'atractylis		
Ecorce de noix d'arec	}	à 3 gr.
— de mandarine		
Sommités fleuries de basilic		
Ginseng		
Régisse		1,20

ou encore une tisane contenant :

Racine d'ache	20 gr.
Graine d'achyranthe	
Cannelle	à 8 gr.
Racine de livèche	
Fleurs de carthame	
Graines de plantain	6 gr.

MILLOUS signale un cas intéressant d'empoisonnement par une drogue d'herboriste chinois contenant de la sabine, de la rue, de la tanaïsie, empoisonnement avec perte de la sensibilité et de la motricité, convulsions, utérus contracté, hémorragie utérine et accouchement d'un enfant mort (3). L'opium est souvent employé pour calmer les douleurs des femmes, associé à l'alcool le plus souvent.

D'autre part, presque tous les médicaments sino-annamites destinés aux organes génito-urinaires, et spécialement au traitement de la blennorrhagie, comportent de la cantharide à dose très forte, d'où symptômes vésicaux, néphrétiques et pyélonéphrétiques survenant à divers moments de la grossesse.

(3) MILLOUS : Intoxication médicamenteuse par drogue d'herboriste chinois. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1925, p. 363.

Pour les enfants, le danger est encore plus grand : MONTEL (4), en Cochinchine, écrivait dès 1911 : « Presque toutes les sages-femmes administrent au nouveau-né des poudres contenant de l'opium. Je ne compte plus les nouveaux-nés que l'on m'a apportés et chez lesquels l'absorption de ce médicament avait produit un état comateux plus ou moins accentué avec myosis et perte des réflexes. » Des pilules données « pour empêcher de pleurer la nuit » seraient aussi particulièrement dangereuses. GAIDE cite le cas d'un enfant sain qui succomba, à la maternité, le cinquième jour après sa naissance à la suite de l'absorption d'un médicament sino-annamite, qui n'a malheureusement pas pu être étudié.

Les abortifs sont nombreux dans la pharmacopée sino-annamite, bien que beaucoup moins employés par les Annamites chez qui, nous l'avons dit, l'avortement criminel est rare. Citons seulement les principaux, d'après REGNAULT (5), en mettant en doute, pour quelques-uns, leur efficacité réelle ; ce sont : la menthe pouliot, la chamœdrée, la feuille de massette, d'armoise, les amandes, les fleurs de pêcher. Les emmenagogues, le safran sont souvent employés.

Dans quelle mesure les Annamites utilisent-ils nos médicaments européens ? Leur emploi se généralise de plus en plus, quelquefois, du reste, le ou la malade fait des emprunts simultanés aux deux pharmacopées annamite et européenne. Mais le prix, fortement majoré naturellement en Indochine, de nos médicaments est un obstacle constant pour des Annamites gagnant de quarante à cinquante piastres par mois. A noter la « vogue » du 914 qui jouit auprès des Annamites de toutes les vertus. Malheureusement, son emploi est devenu tellement courant dans ce pays qu'infirmiers, avec ou sans expérience, soldats ayant fréquenté les infirmeries, boys des pharmaciens, l'emploient sans

(4) MONTEL : Empoisonnements médicamenteux. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1911, p. 525.

(5) REGNAULT : Médecine et Pharmacie chez les Chinois et les Annamites. Paris, 1904.

discernement, et que les accidents sont relativement fréquents. La quinine, d'autre part, est très recherchée par les habitants et distribuée gratuitement dans les pays à paludisme grave.

CHAPITRE XII

DE L'ASSISTANCE MÉDICALE EN CE QUI CONCERNE L'OBSTÉTRIQUE

Les premiers essais de création et d'organisation d'un service médical sont dûs à l'Empereur Gia Long, en 1802. Tu Duc, en 1858, crée à son tour une école de médecine. A cette époque, les femmes en couches étaient assistées par des matrones qui faisaient partie des « servantes ».

« Pour le palais, le service de la matrone, dit DUVIGNEAU, (1) n'était pas une sinécure : Gia Long eut, en effet, vingt-deux enfants, Minh Mang cent vingt-six et Thieu Tri cinquante-sept. Les soins aux femmes avant, pendant et après l'accouchement incombaient à la Mu Ba (matrone) ; le médecin n'était appelé que si des accidents puerpuéraux graves se présentaient ; l'intervention de ce médecin se bornait à l'ingestion d'une tisane ou d'une potion ».

A partir de l'occupation française, l'Assistance s'organise progressivement avec l'aide des médecins militaires et des administrateurs. D'autre part, les Missionnaires possédaient des crèches et des asiles d'enfants abandonnés ; des œuvres créées par les sœurs furent soutenues par des subventions du gouvernement, des dons, ou même des cotisations régulières. L'initiative privée des Annamites et des Européens unit ses efforts à ceux de l'administration pour fonder l'Assistance.

(1) DUVIGNEAU : Les médecins annamites à la cour d'Annam. *Ann. de Méd. et d'Hyg. Col.*, n° 1, 1906.

Cette période d'organisation méthodique s'étend jusqu'en 1905, date de la création officielle de l'Assistance en Indochine. C'est alors que furent réunies sous une « réglementation unique les œuvres d'assistance existant avant cette date dans les différents pays de l'Union ». De 1905 à la période actuelle, de nouvelles additions et quelques remaniements amenèrent progressivement à la conception actuelle de services distincts : Assistance médicale et Assistance sociale.

ASSISTANCE MÉDICALE

Nous allons étudier : 1° Les différentes formations, maternités, dispensaires, instituts de puériculture, etc., suivant les pays de l'Union ; 2° Le personnel : sages-femmes, Ba Mus, matrones.

1° Différentes formations

a) *En Cochinchine* :

C'est dans ce pays, occupé depuis 1860, et où l'énorme taux de la mortalité infantile (s'élevant alors à plus de 65 %), avait ému la population, que fut créée la première maternité (2), à Cholon, en 1902. D'après le médecin général GAIDE (3), il y eut, dans cette maternité, 53 accouchements l'année de son ouverture, 1920 accouchements dix ans après, et 2.464 en 1929. Le nombre des consultations montre la même progression. La direction de cette maternité est confiée à un médecin français assisté d'un médecin indochinois et de sages-femmes annamites.

2° L'Institut de puériculture de Saïgon. Créé en 1927, il

(2) GAIDE : *L'assistance médicale et la protection de la santé publique*, 1931.

(3) GAIDE : Note manuscrite. Nous tenons à remercier tout particulièrement ici le Docteur Gaide, Inspecteur général de l'Hygiène et de la Santé en Indo-Chine, des renseignements si précis qu'il a bien voulu nous fournir, et qui forment ici, la partie la plus importante et la base de notre documentation.

comprend, d'une part une consultation de nourrissons, d'autre part une pouponnière. Il est dirigé par un médecin de l'Assistance, aidé d'un médecin annamite et d'une sage-femme puéricultrice française. En 1922, le chiffre des consultations s'est élevé à 47. 260. Il est tenu compte, ici, tout particulièrement des habitudes annamites, par exemple : tout conseil, pour être rendu plus frappant, est accompagné de l'octroi d'un médicament ; « nos clientes », dit le docteur BOURGIN (4), « ne seraient pas satisfaites si leur enfant ne prenait pas immédiatement un médicament quelconque, et n'en emportait un peu chez elle. » Dans la pouponnière créée pour trente-six lits d'abord, ne sont naturellement admis que les enfants indemnes. La mère est toujours prise avec son enfant afin de respecter les coutumes annamites et de faciliter l'allaitement. L'établissement s'est adjoint des nourrices mercenaires. Etant donné l'impossibilité en Indochine de se procurer du lait de vache, l'alimentation mixte, lorsqu'elle est nécessaire, est complétée par du lait Nestlé ou du babeurre. Les résultats sont excellents, la mortalité infantile qui était, à Cholon, de 65 % en 1901, tombait à 35, 31 dès 1904.

3° En plus des institutions de Saïgon, il existe en Cochinchine quarante-huit maternités où 275 sages-femmes diplômées de l'école de Cholon ont pratiqué en 1929, 18.447 accouchements.

b) *Au Tonkin :*

1° A Hanoï, il existe une maternité de cent-six lits, annexée à l'Hôpital indigène et sous le contrôle du Directeur de l'Ecole de Médecine, assisté de six sages-femmes indigènes. Bien que comprenant une consultation prénatale, cette maternité est surtout fréquentée par des femmes qui arrivent au moment de l'accouchement seulement, quelques-unes même, l'accouchement déjà commencé, et dans

(4) Docteur BOURGIN, *in litt.*

la petite salle trop exigüe, combien de fois n'arrive-t-il pas que des malheureuses en travail, debout ou accroupies, attendent que la table d'accouchement soit libre en assistant à d'autres délivrances. Nous sommes loin ici, hélas, de l'accouchement en chambres séparées.

Il existe, en plus, à Hanoï, et dans les très grandes villes des maternités privées qui sont de deux ordres : ou bien ce sont des cliniques tenues par des médecins français, assistés ou non d'une sage-femme indigène, ou bien ce sont des maisons d'accouchement purement annamites, ayant la référence d'un praticien français qui n'est appelé que pour les cas difficiles. Elles sont sous la surveillance du Directeur local de la santé et du médecin du bureau d'hygiène. La modicité du prix consacré à l'accouchement par les Annamites en général leur donne une clientèle fidèle malgré l'exécution plus ou moins parfaite du travail. Malgré la surveillance officielle, l'installation est souvent précaire : une des plus achalandée est installée dans une ancienne maison de tolérance japonaise, une autre a repris les locaux d'un hôtel-restaurant. Les accidents y sont encore fréquents, d'autant plus que ce sont surtout les cas difficiles qui font les frais d'un séjour dans une maternité, et que trop souvent l'on y croit qu'entre un acte précis, technique, et un qui lui ressemble à peu près, il n'y a pas de différence au point de vue résultat.

2° Dans les villes les plus importantes, à Haïphong, Nam Dinh, Haiduong, Thai Binh, des maternités sont, comme à Hanoï, annexées à l'hôpital municipal. De plus, il existe disséminés dans tout le Tonkin, quarante-et-une maternités et dispensaires ruraux où 42.183 accouchements ont été pratiqués en 1929.

c) *En Annam.*

1° La maternité de Hué comprend 60 lits : elle est dirigée par un médecin européen. Il existe de plus dans ce pays 18 maternités occupant 41 sages-femmes indochinoises et des dispensaires ruraux dirigés par une trentaine de « Ba Mu ».

2° En pays Moï, il existe au centre hospitalier de Kontum une maternité annamite de 10 lits et une maternité moï. L'œuvre d'assistance est particulièrement difficile dans ce pays à peu près dépourvu de routes et où les Moïs ont tendance à considérer la maladie « comme une manifestation malfaisante d'un génie à leur égard, ou comme la résultante de la fugue de l'âme hors de son enveloppe matérielle » (5).

d) *Au Laos.*

Les résultats sont encore insuffisants : en 1929, on compte 369 accouchements, la plupart sur des Annamites. A Vientiane, il n'y a eu, en 1929, que 6 Laotiennes sur les accouchées, à Luang Prabang, 2 seulement, « car c'est offenser les génies que de mettre un enfant au monde hors de chez soi ». Heureusement le tétanos infantile est très rare au Laos, et l'on n'y compte pas la même mortalité infantile qu'au Tonkin malgré les conditions si spéciales de ce pays.

e) *Au Cambodge.*

Les conditions très particulières de respect des coutumes anciennes qui empêchent la femme de se fier aux pratiques occidentales expliquent que 890 accouchements seulement aient été pratiqués dans ce pays en 1929, dont 592 à la Maternité Roume à Pnom Pen (6).

SAGES-FEMMES, MATRONES ET « BA MU »

Le rôle des sages-femmes est particulièrement important en Indochine. C'est à elles, en effet, qu'est confiée, non seulement l'assistance des femmes en couches, mais encore la propagation des idées européennes de thérapeutique et

(5) Drs. MICKANIEWSKI et MORIN : Notes sur la province Moï du Kontum. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1927, p. 59.

(6) Voici comment se répartissent, d'après GAIDE et BODET (*Ann. Méd. et Pharm. Col.*, 1932, p. 461), les accouchements pour les différents pays de l'Union, en 1929 : Cochinchine : 18.447; Tonkin : 56.775 (dont 42.183 par les Ba Mu); Annam : 10.866 (dont 3.424 par les Ba Mu); Cambodge : 890; Laos : 389.

d'hygiène. La lutte contre les affections ombilicales, les ophtalmies, la syphilis, ouvrent aussi une large voie à leur activité. Malgré cela, il y eut, au début, de grandes difficultés de recrutement, venant de ce que les femmes annamites un peu intelligentes préféreraient l'enseignement, plus rétribué et mieux considéré. Quelque chose subsistait de l'indignité du rôle de la femme « qui coupera le cordon », fonction réservée aux Indes à la plus méprisée des « out-cast ». Peu à peu cependant, l'éducation se fit, et l'augmentation des salaires aidant, la profession de sage-femme est aujourd'hui recherchée.

Comment se fait donc leur éducation ?

Elles sont instruites dans deux grands centres : 1° L'école de Cochinchine, à Cholon ; la durée des études y est de deux ans. 2° L'école d'Hanoï, pour les sages-femmes de l'Annam et du Tonkin. Le nombre des élèves est variable suivant les besoins : 49 en 1928, 26 en 1930. Les études des sages-femmes durent deux ans ; elles ont une retraite après 25 ans de service. Leur formation professionnelle ayant pu être rapide dans les maternités des hôpitaux où les cas difficiles viennent nombreux, leur adresse manuelle aidant, ainsi que la facilité de diagnostic et d'observation due à la maigreur des Annamites, elles furent vite des aides précieuses du médecin, vers qui elles surent conduire des cas voués antérieurement à la mort ou à des pratiques barbares.

On peut reprocher à quelques-unes cependant d'avoir une notion un peu trop commerciale de leur fonction.

Ces sages-femmes de l'administration ont rendu des services éminents, mais, en ce moment, une crise se manifeste ; les premières nommées, prenant leur retraite, s'installent dans les villes où leurs jeunes collègues, ayant l'autorisation de faire de la clientèle payante (l'acte obstétrical est alors tarifé à 10 piastres), sont en concurrence avec elles, au lieu de multiplier le champ d'action de ces praticiennes expérimentées, de leur laisser par exemple les petites villes et les bourgs pour y ouvrir des maternités.

Il est à signaler d'autre part que, pour des raisons peu convaincantes, on a écarté toute aide féminine française de la pratique de l'obstétrique, particulièrement au Tonkin. Or nous savons personnellement que la femme annamite qui a tant de répugnance à se faire traiter par un médecin feraient le meilleur accueil aux femmes européennes accoucheuses ou médecins.

Les « Ba Mu » ou accoucheuses rurales sont ordinairement originaires de la région où elles exercent. Elles sont un échelon entre la matrone bénévole et la sage-femme diplômée. Ce système semble préférable à celui qui consiste à instruire les matrones pendant quelques mois dans les maternités urbaines. Le Docteur Marcel, médecin indochinois, dit en effet (7) : « Les matrones qui, jusqu'ici, ignoraient les injections vaginales et qui les verront pratiquer dans les hôpitaux, mues par le désir « d'épater » les parents des parturientes feront systématiquement ces injections qui ne demandent qu'un matériel peu coûteux et qui constituent une intervention très décorative, mais non sans danger si elle est faite sans aseptie. Déjà, chez les riches, l'aseptie s'obtient difficilement à domicile ; comment le le serait-elle dans de sombres paillotes ? Alors, au lieu de 2 à 3 sur 100 accouchées qu'elles condamnent à l'infection puerpérale, ce serait 80, et peut être plus, sans parler de la transmission de la syphilis par les canules non désinfectées. Enfin, il y a un autre danger à craindre, c'est que les matrones n'interviennent dans les cas d'accouchement retardé et quelque peu dystociques. »

L'institution des « Ba Mu » marque donc un grand progrès vers la réalisation de l'étape « mise à la portée de toutes les femmes de la campagne des ressources de l'obstétrique » ; c'est ce qui a poussé le gouvernement à leur accorder en 1927 un sort officiel.

Les élèves Ba Mus font un stage à la maternité du chef-

(7) H. MARCEL : L'hygiène rurale au Tonkin. *Bull. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1926, p. 124.

lieu où elles sont mises en contact avec les sages-femmes et les médecins ; c'est ce qui est capital, l'action européenne n'ayant de force que rendue visible par son efficacité et la compétence de ses agents.

Les Ba Mus reçoivent 0.50 piastre (5 francs) par accouchement, le paiement mensuel étant fait d'après les registres de l'Etat-Civil.

Dans ce pays où le nombre des sages-femmes diplômées est d'environ 1 pour 50.000 habitants, et où les Ba Mus ne sont encore pas très nombreuses, la grande majorité des accouchements est donc faite par des matrones. Ce sont des praticiennes occasionnelles ayant reçu quelques leçons de leurs semblables et agissant de leur mieux à l'aide de leur expérience et des principes transmis par la tradition orale. Elles doivent maintenant demander une autorisation au maire ou au chef de la province ; de plus l'exercice de leur profession est interdit dans les localités où il existe des sages-femmes diplômées, ce qui permettra ainsi leur disparition au fur et à mesure que le nombre de ces dernières augmentera.

LUTTE CONTRE LES GRANDS FLÉAUX SOCIAUX

I. — Lutte contre le paludisme

Le paludisme vient en premier lieu. Nous avons vu son importance, en particulier en ce qui concerne la femme enceinte et le nouveau-né.

La lutte contre le paludisme a donc été une des premières entreprises de notre organisation sanitaire de l'Indochine. Elle a d'abord été organisée en Annam et au Tonkin, pays particulièrement frappés. En Cochinchine, ce fût surtout après la mise en culture des régions malsaines, dites « terres rouges », propices à la culture du caoutchouc, que cette lutte devint indispensable. Alors eurent lieu les recherches de Noël BERNARD, MONTEL, SEGUIN, BOREL, pour ne citer que les plus importantes. Les excellents résultats ob-

tenus par la mise en application des données théoriques profitèrent d'abord à tous les services des Travaux Publics, et enfin à toute l'Indochine (8).

Voici, d'après BORDES, les principaux éléments de la lutte antipalustre :

a) Lutte contre l'hématozoaire :

Stérilisation des porteurs de germe, surtout par la quini-
sation. La quinine est distribuée dans toutes les régions de
paludisme intense ; la plasmochine ou les dérivés du sto-
varsol ont donné aussi de bons résultats. Suppression du
contact entre les anophèles et les porteurs de germes, par
la construction d'infirmières grillagées, le rapatriement des
sujets atteints de paludisme. Destruction des hématozoaires
pénétrant dans un organisme sain par la quini-
sation pré-
ventive.

b) Protection contre les piqures d'anophèles : elle est
réalisée surtout par l'éloignement des habitations de tout
point d'eau, de façon à les maintenir en dehors de la limite
de vol des anophèles, par la protection des habitations
(moustiquaires, grillages), par leur ventilation, par l'obli-
gation de terminer le travail avant le coucher du soleil.

c) Destruction des moustiques :

Destruction des larves : par drainage, débroussaillage,
transformation des bords des ruisseaux en pâturages, em-
ploi de larvicides.

*d) Accroissement de la résistance des indigènes en les
plaçant dans des conditions hygiéniques favorables :* nour-
riture suffisante, vêtements chauds en hiver, etc...

*e) Etude de la faune anophélienne et de la biologie des
anophèles dans des laboratoires spéciaux :* en 1930, deux
de ces laboratoires ont été créés, l'un à Saïgon, l'autre à
Hanoï, dirigés par des spécialistes pouvant se transporter
afin d'étudier sur place les moyens de lutte pour une région
donnée.

(8) BORDES : Le paludisme en Indochine. Hanoï, 1931.

II. — Lutte contre la syphilis

La syphilis vient tout de suite après le paludisme dans l'échelle de la morbidité en Indochine (9 à 16 % à Hanoï, 4 à 10 % en province). Nous avons vu son importance au point de vue social : il faut lui attribuer la plus grande part des avortements, accouchements prématurés, morts en bas-âge. On estime à 20.723 le nombre des vénériens soignés en 1931 dans les hôpitaux. Or, comme l'on admet en général qu'un dixième de la population annamite se fait soigner dans les hôpitaux de l'Assistance, il faut multiplier ce chiffre par dix pour arriver à une évaluation approximative du nombre de syphilitiques.

Quels sont les moyens de défense actuellement employés ? (9).

1° Inscription des prostituées sur les registres de la police. En réalité, à Hanoï par exemple, 509 femmes seulement étaient inscrites en 1930, et l'on estimait à 5.000 environ le nombre des prostituées clandestines.

2° Visite périodique mentionnée sur chaque carte. Mais sur 509 femmes inscrites, 158 seulement passent effectivement la visite.

3° Hospitalisation des femmes malades dans des dispensaires (Saïgon, Pnom Penh, Hanoï, Haïphong), ou des hôpitaux de l'Assistance. Malheureusement, les dispensaires ne disposent pas actuellement d'un nombre suffisant de lits.

4° En dehors de la réglementation de la prostitution, la prophylaxie antivénérienne est assurée à Saïgon par un Institut prophylactique ; à Hué, pour l'Annam, par le dispensaire Brioux ; à Hanoï, par des consultations et des services hospitaliers spéciaux.

Quelles sont les améliorations possibles, puisqu'il semble que la réglementation actuelle ait fait faillite ?

(9) GAIDE et CAMPUNAUD : Le péril vénérien en Indo-Chine. Hanoï, 1930.

1° Lutte contre les sources de contagion.

La Société médico chirurgicale de l'Indochine a émis les vœux suivants :

Création à Hanoï d'un Institut prophylactique parfaitement outillé ;

Obligation pour les filles publiques d'habiter un quartier spécial ;

Abolition de la réglementation spéciale lorsque cet Institut (celui d'Hanoï) sera en mesure de soigner gratuitement tous les vénériens sans distinction de race ni de sexe.

2° Intensification de la lutte contre les maladies vénériennes : par création de dispensaires à Haïphong et à Hanoï, et surtout extension de la possibilité de traitement aux petites villes et aux postes.

3° Education du public, lutte contre l'ignorance et le mépris des Annamites pour les maladies vénériennes (10) ; cette éducation devra être entreprise dès l'école pour les jeunes gens, pour les adultes par le film, l'affiche, les tracts, les brochures, etc...

III. — Lutte contre la tuberculose

Il ne semblerait pas, d'après MARQUE (11), que la tuberculose soit actuellement en progression très accentuée en Indochine. Les statistiques tendraient à montrer qu'elle ne fait pas de progrès depuis 1928. Au Tonkin, en Annam, l'éparpillement des villages, l'aération des paillotes, la vie en plein air, ne sont pas des conditions particulièrement favorables à son développement. La lutte s'organise cependant progressivement. Des dispensaires ou des consultations spéciales existent, sauf au Cambodge où il n'a été créé aucun service spécial. Tout un programme de lutte est

(10) Les contagions interfamiliales ayant une origine autre que l'acte sexuel sont très fréquentes en Indo-Chine.

(11) MARQUE : Les maladies transmissibles observées dans les colonies françaises. *Ann. Méd. et Pharm. Col.*, 1933, p. 127.

prévu : dépistage des malades, protection des individus exposés, mesures générales d'hygiène. Il est à remarquer que le sanatorium a peu de chances de réussir dans ce pays où la vie familiale joue un si grand rôle qu'il sera pratiquement très difficile d'obtenir des malades un long isolement.

L'effort le plus grand a été fourni en vue d'organiser la vaccination par le B. C. G., en vertu de ce principe de Calmette (12) : « Si efficaces que soient les mesures d'hygiène pour protéger les individus et les collectivités contre les contagions, elles procurent jamais la sécurité que donnent les vaccinations préventives. »

La méthode de vaccination préventive par le B. C. G. a été appliquée systématiquement en Indochine depuis 1924 à Saïgon, et depuis 1926 à Hanoï. Pour l'Indochine entière, le nombre des doses distribuées était, d'après BABLET et LATASTE, en 1930, de 454.685, soit environ 150.000 enfants vaccinés. En Cochinchine, au Cambodge, en Annam, au Tonkin, tous les enfants nés dans les maternités officielles sont systématiquement vaccinés. Malheureusement, dans tous ces pays il est très difficile de suivre les enfants vaccinés, qui ne reviennent pas à la consultation. Le Docteur BABLET envisage, pour l'application du B. C. G. le programme suivant : 1° prémunition par voie buccale de tous les nouveaux-nés des maternités, délivrance d'une fiche aux parents, tatouage punctiforme (au carmin glycérimé) sous l'omoplate pour servir de contrôle ; 2° intradermo réaction à la fin de la troisième année ; 3° nouvelle cuti-réaction vers la dixième année. Il conclut son étude sur le B. C. G. en Indochine par ces mots qui méritent d'être rapportés : « Pour l'Indochine où l'effort hygiénique se trouve limité par la résistance tenace d'une race attachée à ses traditions, à ses habitudes, et vivant dans un milieu qui favorise

(12) CALMETTE : Discours au Congrès international d'Oslo, 1930, in BABLET et LATASTE : Quelques mots sur le B. C. G. et son application en Indo-Chine. *Bul. Soc. Méd. Chir. Ind.*, 1930, p. 839.

les contaminations... la vaccination par le B. C. G. apparaît comme la seule arme sur laquelle on soit en droit de compter pour la régression et la disparition de l'endémie tuberculeuse. »

ASSISTANCE SOCIALE

Les œuvres privées ont précédé l'Etat dans la voie de l'Assistance sociale. Les plus importantes ont été créées par les missions et s'occupent surtout de l'enfance (œuvre de la sainte enfance, des enfants indochinois, crèche de la mission à Culao, etc.). D'autres, dues à l'initiative privée, ont été ensuite encouragées par les municipalités.

L'attachement des populations annamites à leurs enfants, le rôle joué par les fils en particulier, ont incité dès les premiers temps l'administration à développer l'assistance officielle à la mère et à l'enfant. Jusqu'en 1912, il n'existait aucune organisation d'assistance sociale en Indochine, bien que, dès cette époque, une note officielle dise : « Afin d'éviter l'introduction de systèmes conçus pour d'autres pays, il n'est pas inutile de rechercher dès aujourd'hui dans les institutions publiques et privées d'Annam d'autrefois, celles des œuvres qui pourraient, à l'occasion servir de base à d'heureuses restaurations ».

L'Assistance publique consistera surtout en un organisme centralisateur et animateur de bonnes volontés, « organisme public de par la tête, mais privé quant à ses membres. Le premier rôle doit revenir aux indigènes qui ont le devoir de s'organiser eux-mêmes, tout en profitant de notre expérience de la vie sociale moderne » (13).

Cette œuvre est ici particulièrement délicate, il ne faut pas envisager l'accouchement et la puériculture dans ce pays avec des idées trop théoriques, le problème est très vaste, il faut se rendre compte avant tout des difficultés

(13) X... : À propos de la création d'une assistance publique en Indochine. Hanoï, 1928.

d'ordres très variés qui assaillent la bonne volonté la plus grande.

Ce qui a été fait jusqu'ici pour la femme enceinte constituera malheureusement un chapitre trop court :

1° La surveillance et l'assistance médicale pendant la gestation sont trop peu développées encore. Si des consultations prénatales existent dans les principaux centres, comme nous l'avons vu (Saïgon, Hanoï, Pnom-Penh), leur développement est encore très insuffisant dans ce pays où les cas offerts à l'activité médicale sont très souvent les seuls cas désespérés. Il n'existe encore aucun service social annexé à ces consultations et permettant, après enquête, d'étendre l'action bienfaisante tant au point de vue matériel qu'au point de vue de la lutte contre la syphilis, le dépistage des syphilis latentes, acquises ou héréditaires. Tout reste à faire dans cette voie.

2° Travail de la femme enceinte :

La surprise de l'Européen, nouvellement arrivé en Indochine, est grande de voir les femmes participer aux travaux manuels les plus durs. Alors que les hommes sont les brodeurs les plus fins et les plus recherchés, c'est à elles qu'incombent les travaux de force : compagnon des maçons, elles portent l'auge et les débris sur l'échafaudage, coolis portefaix, haleuses à la corde, elles trainent par groupe des charrettes auxquelles elles sont attelées ; travailleuses des rizières, c'est elles qui assurent le travail pénible, les pieds dans l'eau ou dans la boue, 12 à 15 heures par jour.

Parmi elles, nombre sont enceintes au septième, huitième, ou même neuvième mois. Un proverbe annamite dit « Pendant la conception du premier enfant, la mère doit travailler chez les voisins » c'est-à-dire chercher du travail si elle n'en pas assez chez elle, de façon à avoir un enfant robuste. La femme annamite travaille donc ainsi jusqu'au moment de l'accouchement. Dans les campagnes, l'accouchée se lèvera aussitôt après et reprendra le travail de la rizière. Telles sont les habitudes locales dont les suites, lors-

qu'elles sont pratiquées avec la bonhommié d'autrefois, ne sont cependant pas spécialement dangereuses il semble.

Il n'existe donc pour ainsi dire aucune protection de la femme enceinte, ni aucune institution permettant à la femme de se reposer à la fin de sa grossesse et de donner des soins à son enfant pendant la première année.

Le gouvernement s'est toutefois ému de leur répercussion, avec le travail industrialisé, sur la natalité ; mais en l'absence de toute indication des codes annamites ou chinois, il était difficile de rompre d'emblée avec la tradition, et actuellement la protection administrative ne s'étend qu'aux femmes engagées par contrat. Selon les directions récentes d'un arrêté de 1927 (14), les femmes engagées par contrat peuvent prendre un repos payé de un mois après l'accouchement. Il n'existe donc aucun loi obligeant, ni même permettant, le repos à la fin de la grossesse, et l'arrêté de 1927 n'est lui-même pas très affirmatif dans son texte.

Il existe un projet de règlement du travail visant le travail des femmes et des enfants analogue à celui qui est appliqué en France, mais il n'a pas encore pris forme administrative.

3° Situation de la femme qui allaite :

Elle est ici très spéciale, et nous ne pouvons, en aucune façon, lui appliquer les lois européennes. Point n'est besoin de primes à l'allaitement, de chambres d'allaitement, ni de toutes les institutions qui ont, en Europe, pour but d'encourager l'allaitement au sein maternel. La femme indochinoise allaite toujours son enfant, à moins d'impossibilité absolue, elle l'emmène partout avec elle, accroché sur son dos. De ce fait, la situation de l'enfant dont la mère travaille n'offre pas les mêmes inconvénients que pour l'enfant européen. La mère malade, ou trop pauvre, ou trop isolée pour pourvoir à la vie de son enfant trouvera toujours dans son entourage une voisine complaisante qui

(14) Journ. Off. de l'Indo-Chine, 1927, p. 3041.

l'allaitera ou le gardera. La vie en commun indochinoise a trouvé ainsi le moyen de parer, bien spécialement, mais avec assez de succès, aux situations diverses qui ont provoqué, en France, les diverses interventions de l'Etat.

Quant au statut des nourrices, il n'existe pas, tout est à faire de ce côté : éducation des familles et des nourrices, prophylaxie et traitement de la syphilis et des ophtalmies, etc... La nourrice a, du reste, une situation absolument précaire et il arrive fréquemment que des familles d'enfant malade en changent tous les jours pendant cette période.

CONCLUSIONS

L'Indochine actuelle offre un champ d'étude intéressant à celui qui cherche à dégager, à la lumière des publications médicales parues et de son expérience personnelle, l'état actuel des différentes questions concernant l'obstétrique. L'attachement quasi religieux des parents à leurs enfants — garçons surtout — nous dicte, par ailleurs, comme un de nos premiers devoirs, d'étudier tout ce qui se rapporte à l'obstétrique et à la puériculture pour venir en aide aux populations indochinoises.

Différentes civilisations se sont côtoyées, — mélanopolynésienne, hindoue, chinoise, — leurs ressortissants ont conservé des données ethniques et des habitudes qu'il est curieux de rencontrer en face de l'influence française. Depuis 50 ans dans le Sud, et 25 ans dans le Nord, l'organisation de notre Assistance, puis de notre enseignement médical, ont, en effet, diffusé des notions dont il est particulièrement intéressant de suivre le succès dans les nouvelles habitudes populaires.

Que reste-t-il donc des habitudes existant à notre arrivée ? Comment ont évolué les conditions de la maternité et de la puériculture en Indochine ? Quelles sont les particularités médicales dominantes relevées par nos confrères depuis 20 ans ? Quels paraissent être, après cette revue, les moyens d'actions favorables à l'avenir des races vivant sur le sol indochinois ? Voilà ce que nous voulons dégager en nous excusant d'avoir traité si modestement un sujet d'une telle envergure scientifique et sociale.

Notre étude comprend donc trois grands paragraphes :

**I. — Conditions dans lesquelles sont au monde et élevés les enfants
en Indochine**

1° La condition de la femme en Indochine dépend surtout de la procréation d'un fils, héritier du culte. Elle n'est cependant pas défavorable, par rapport à ce qui se passe dans d'autres pays d'Extrême-Orient : l'âge du mariage est normal, la vie de la femme bien qu'elle soit soumise à de durs travaux, même jusqu'au moment de l'accouchement, n'est généralement pas malheureuse. L'Indochinoise est en général très féconde (les moyens anti-conceptionnels n'étant pas connus), et la stérilité est considérée comme une « punition des dieux ».

2° Les croyances populaires sur l'origine de la grossesse, ses symptômes, sa durée, le régime à suivre par la femme enceinte, les pratiques populaires concernant l'accouchement, nous montrent un invraisemblable mélange de superstitions les plus fantaisistes et de pratiques justifiables, basées sur une certaine observation des faits. Quelques habitudes (comme celle de couper le cordon avec n'importe quel objet, pourvu qu'il ne soit pas métallique), ont amené une mortalité infantile ou maternelle élevée. D'une façon générale, les conditions hygiéniques de l'accouchement sont des plus précaires ; le rôle des matrones bénévoles qui en pratiquent encore, dans les campagnes, le plus grand nombre, est la plupart du temps simplement passif — à moins qu'elles n'interviennent, en cas de dystocie, par des manœuvres brutales de résultats désastreux.

**II. — Particularités dominantes de l'accouchement physiologique
et pathologique en Indochine**

Il faut signaler surtout : Pour l'accouchement physiologique :

1° la fréquence des positions droites antérieures : 33.8 %
O I D A, pour 48, 2 % O I G A ;

2° la fréquence relative des gémellaires 15,2 % ;

3° la facilité avec laquelle les Annamites supportent les douleurs de l'accouchement.

Pour l'accouchement pathologique :

1° la très grande rareté des cas d'éclampsie ;

2° la fréquence des grossesses extra-utérines (en particulier des abdominales) du placenta prævia, de la môle et des procidences du cordon ;

3° la fréquence des présentations de l'épaule (1 pour 109) probablement en rapport avec l'anatomie du bassin annamite. Il faut insister sur la gravité particulière des présentations de l'épaule dans ce pays où les matrones ne savent pas toujours les diagnostiquer, en tous cas pas y remédier, et où la femme arrive à l'hôpital en dernier ressort, après un long trajet, en état d'infection grave, lorsqu'il est trop tard pour intervenir ;

4° Certaines maladies tropicales, le paludisme en particulier, ont une influence prépondérante sur l'évolution de la grossesse (dans certaines régions, jusqu'à 65 % des interruptions de la grossesse lui seraient imputables). A part le paludisme presque toute la pathologie de la grossesse appartient à la syphilis, responsable ici de 36 % des avortements ; les avortements en série sont particulièrement fréquents dans ce pays ;

5° A côté de la rareté relative des accidents de la délivrance, étant donné les pratiques auxquelles se livrent les matrones quand le placenta ne sort pas normalement, il faut noter la gravité de l'infection puerpérale. L'absence totale de phlébite a été signalée par tous les auteurs ;

6° En ce qui concerne l'enfant :

Né d'une mère qui pèse en moyenne 40 kilogs, l'enfant annamite est de faible poids moyen (2.764 grammes) et de dimensions légèrement inférieures à celles de l'enfant européen. Son alimentation n'est généralement soumise à aucune règle fixe : le sein lui est donné sans aucune régula-

rité. Dans certaines régions, l'alimentation mixte (riz insalivé et lait), est fort en honneur. L'allaitement artificiel est encore à peu près inconnu à cause de la rareté du lait de vache. Les nourrices mercenaires sont souvent utilisées et d'emploi désastreux à cause de la fréquence de la syphilis et de l'ignorance de son mode de contagion.

La mortalité infantile a été l'objet de très nombreux travaux, trop souvent contradictoires. Elle est, d'une façon générale, très élevée. La syphilis, la misère physiologique, l'absence des règles élémentaires de l'hygiène, le paludisme, sont ses principaux facteurs. D'après LEROY DES BARRES, au Tonkin : sur 100 décès d'enfants, 50 seraient dus à la misère, 30 aux préjugés et 20 à d'autres causes. Ces chiffres nous renseignent mieux que tout sur :

III. — Nos moyens d'action, et l'orientation à donner à l'organisation de l'Assistance médicale et sociale à la mère et à l'enfant

Il faut tout de suite dire quelles difficultés rencontrent les Européens de bonne volonté lorsqu'ils se trouvent en présence des habitudes des populations indochinoises, habitudes respectables par la sincérité — souvent aveugle — avec laquelle elles sont pratiquées. L'impossibilité d'atteindre la masse est presque absolue, dans certains cas, c'est un sacrilège pour la femme de quitter le toit ou le voisinage familial pour accoucher, dans d'autres, ou bien la femme ne peut arriver jusqu'à la praticienne autorisée, ou c'est celle-ci qui ne peut matériellement aller jusqu'à elle ; difficultés que connaissent tous ceux qui ont dû se rendre à quelques kilomètres seulement des grandes villes, dans le delta sans route et sans eau propre. Aussi, bien que l'organisation sanitaire administrative ait depuis 30 ans créé de toutes pièces un personnel indigène compétent, organisé des hôpitaux et des dispensaires, pris les mesures les plus utiles pour la mère et l'enfant, il s'agit surtout de faire l'application populaire des données de l'obstétrique. Il faut agir selon un dispositif « en profondeur ». Pour cela, il

nous paraît utile de « démocratiser » la profession de sage-femme, de faire de ces praticiennes des commensales de la vie journalière de la femme annamite. Les tendances actuelles ne sont plus à multiplier les hôpitaux, mais à créer de nouveau des services médicaux allant trouver les malades à domicile : les brigades mobiles de vaccination et ophtalmologiques avaient déjà joué ce rôle. C'est par des conseils prodigués au bon moment que l'éducation des mères se fera. Aussi est-il nécessaire de leur présenter dans toute les occasions possibles les résultats de la puériculture raisonnée.

Il faut noter aussi la part à donner aux femmes européennes dans l'exercice de l'obstétrique en Indochine : dans ce pays où la femme a toujours quelque répugnance à consulter un homme, européen ou annamite, l'influence que pourrait avoir une sage-femme ou une femme-médecin ayant su s'imposer par sa personnalité, serait immense.

Le problème le plus important est de réduire la mortalité infantile : ce problème ne se présente pas de la même façon qu'en France. Selon les régions, paludisme ou syphilis ont une action telle que la lutte contre ces fléaux s'inscrit en tête des efforts à poursuivre. Mais c'est surtout en augmentant le bien-être et en développant l'éducation que l'on pourra lutter dans ce pays où 50 % des décès infantiles sont dus à la misère et à l'ignorance. Il faut orienter nos efforts vers la prévention des maladies et, pour cela, envisager avant tout la modification des conditions hygiéniques et l'éducation de la classe rurale où l'hygiène la plus élémentaire est inconnue. C'est ici que le problème dépasse le cadre médical proprement dit pour rejoindre le plan social.

Vu : le Doyen de la Faculté,
G. ROUSSY

Vu : le Président de thèse,
COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

ABBATUCL. — La protection de la maternité et de l'enfance dans les colonies françaises, Paris, 1927.

Ann. hyg. et méd. col. *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*.

Ann. méd. et pharm. col. *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*.

BABLET et LATASTE. — Quelques mots sur le B. C. G. et son application en Indochine. *Bull. Soc. méd. chir. Ind.*, 1930.

BAILLON. — Sur un monstre double ischiadelphe. *Bull. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926.

BAILLON. — Fœtus à doigts et orteils en surnombre. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1927.

BERNARD (Noël) et BABLET. — Premiers essais en Cochinchine de vaccination antituberculeuse des nourrissons par ingestion de bacilles B. C. G. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1925.

BERRET. — Monstre double. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1929.

BERRET et NGUYEN HUY QUYNH. — Deux cas d'enfants monstres. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1930.

BLOT. — Nourrices et syphilis. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1927.

BODROS. — Le péril vénérien et la prostitution à Haïphong. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1930.

- BONIFACY. — Monographie des Mans Quang Coc et des Mans Daï Ban. *Rev. Ind.*, 1904, II ; 1908, I.
- BONIFACY. — De certaines croyances relatives à la grossesse chez les divers groupes ethniques de la rivière claire. *Bul. écol. Franc. ex. or.*, 1907.
- BOREL. — Contribution à l'étude de la mortalité infantile en Indochine. *Bul. Soc. path. exotique*, 1927, n° 1.
- BOURGIN. — Rapport de l'Institut de puériculture de Saïgon (manuscrit).
Bul. Soc. anth. : Bulletin de la Société d'anthropologie, Paris, 1928.
Bul. Soc. méd. chir. Ind. : Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie d'Indochine.
Bul. écol. fran. ex. or., Bulletin de l'Ecole française d'Extrême-Orient.
- CADIÈRE (R. P.). — L'Annam, 1931.
- CHABAUD et HAVANSUA. — Un cas de monstre double. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1931.
- CHESNEAU. — Sur un cas de maladie de Parrot. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1928.
- CHESNEAU. — Natalité et mortalité au Cammon. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1930.
- CHESNEAU. — Le pian au Cammon, province du moyen Laos. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1930.
- CLARAC. — Statistiques de la province de Tanan (Cochinchine). *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1916.
- Code civil à l'usage des juridictions indigènes au Tonkin. Hanoi, 1931.
- COLAT. — Monstres doubles monophaliens. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1923.

- COPPIN. — A propos de l'amibiase et de la grossesse. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1923.
- COPPIN. — La prostitution, la police des mœurs et le dispensaire municipal de Hanoï. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1925.
- COPPIN. — Traitement de la blennorrhagie. Intoxication cantharidienne mortelle. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926.
- COPPIN. — Rate palustre en ectopie chez une femme enceinte. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926.
- COPPIN. — Danger des éruptions sudorales des nourrissons dans les pays chauds. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926.
- COPPIN. — Une anecdote instructive sur les progrès de la médecine française au Tonkin. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926.
- DALÉAS. — La maternité au Darlac, province du moyen Laos. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1930.
- DALÉAS. — Contribution à l'étude des phlébites obstétricales et chirurgicales. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1930.
- DALÉAS. — Dystocies coccygiennes. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1930.
- DALÉAS et COLENO. — La maternité au Darlac. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1930.
- DALÉAS et HASLE. — Accouchement d'un enfant sain au cours d'une atteinte de rage. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1930.
- DALÉAS et UNG THONG. — Rupture de la vessie provoquée chez une femme annamite par pétrissage aux pieds de son abdomen au cours de l'accouchement. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1930.

- D'AMBERT DE SÉRILLAC. — Môle hydatiforme et paludisme. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926.
- DEGORCE. — Accidents aigus par latéro flexion de l'utérus au quatrième mois de la grossesse. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1913.
- DEGORCE et MOUZELS. — Hydrencéphalocèle chez une enfant de quatre jours. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1911.
- DUFOSSE. — Un cas de monstre double monophalien. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1924.
- DI (HO DAC). — A propos d'un cas rare d'inversion utérine complète et chronique. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1931.
- DUFOSSE. — Un cas de monstre unitaire exencéphale notencéphale. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1925.
- DUVIGNEAU. — La grossesse, l'accouchement et le nouveau-né en Annam. *Ann. hyg. et méd. col.*, 1907.
- ELICHE. — Notes statistiques sur la mortalité indigène à Cholon (Cochinchine). *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926.
- ESSERTEAU. — Note sur un cas d'hydroencéphalie. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1928.
- ESTÈVE. — Eruption complète de la dent de lait chez un mort-né. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1924.
- FERRIS. — Note sur un cas de tache bleue sacrée mongolique sur une enfant de race européenne. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1915.
- GAIDE. — Maternité de l'hôpital indigène du protectorat (Hanoï). *Rev. méd. de l'Ind.*, 1908.
- GAIDE. — Au sujet de deux cas de viciations pelviennes ayant nécessité une hystérectomie subtotale. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1910.

- GAIDE. — Renseignements statistiques sur la maternité de l'hôpital indigène du protectorat pour l'année 1909. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1910.
- GAIDE. — Statistiques de la maternité de l'hôpital central de l'Annam pendant l'année 1914, et résumé des diverses interventions pratiquées et des principaux cas cliniques observés. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1915.
- GAIDE. — Au sujet de deux cas de grossesse extra-utérine. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1916.
- GAIDE. — Statistiques de la maternité de l'hôpital central de l'Annam pendant l'année 1915. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1916.
- GAIDE. — Le péril vénérien en Indochine. Paris, 1931.
- GAIDE. — L'assurance médicale et la protection de la santé publique. Paris, 1931.
- GAIDE. — Note sur le fonctionnement des maternités en Indochine (manuscrit).
- GAIDE et M^{me} LAURIOL. — Renseignements statistiques sur la maternité de l'hôpital indigène du protectorat pour l'année 1908. *Rev. méd. Ind.*, 1909.
- GUY, TRAN VAN NGUU et TRAN VAN MINH. — Un cas de grossesse péritonéale, laparatomie, enfant vivant à terme. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1932.
- HERVIER. — Sur un cas d'accès pernicieux palustre après l'accouchement. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1925.
- HERVIER. — Deux observations de placentas prævia central. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926.
- HOSTALRICH. — Ligature du cordon et omphalotripsie. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1915.
- HOSTALRICH. — Deux cas d'aménorrhée totale chez des multipares annamites. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1915.

- HOSTALRICH. — Un cas de « gestation retardée ». *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1915.
- HUILLET. — Monstre unitaire autosite (pseudencéphalien). *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1924.
- JOURDRAN. — Un cas d'hydrocéphalie. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926.
- JOURDRAN et BABLET. — Un cas de monstre pseudencéphalien. *Bul. Soc. méd. Ind.*, 1926.
- JOYEUX. — Le péril vénérien et la prostitution à Hanoï. *Bul. Soc. méd. Ind.*, 1930.
- JUDET DE LA COMBE. — Note clinique et anatomique sur un fœtus monstrueux ayant nécessité l'opération césarienne. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1911.
- JUDET DE LA COMBE. — Statistiques de la maternité indigène du protectorat en 1911. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1912.
- JUDET DE LA COMBE. — Dystocie par oblitération congénitale de l'urètre et du rectum. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1912.
- JUDET DE LA COMBE. — Manœuvres obstétricales de matrones annamites ayant entraîné la mort de la mère et du fœtus. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1912.
- KELLER. — Un cas d'opacité congénitale des deux cornées. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1924.
- KHAI (NGUYEN VAN). — Observation d'un monstre autosite tératomèle. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1925.
- KHAI (NGUYEN VAN). — Un cas d'absence congénitale des doigts de la main droite. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1927.
- KHAI (NGUYEN VAN). — Un cas de pseudohermaphrodisme. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1927.

- KHAI (NGUYEN VAN). — Un nouveau cas de monstre pseudencéphalien. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1927.
- KHAI (NGUYEN VAN). — Un cas d'éruption dentaire précoce. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1927.
- KHAI (NGUYEN VAN). — Observation d'un monstre unitaire omphalosite anidien. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1927.
- KHAI (NGUYEN VAN). — Encore un nouveau monstre unitaire omphalosite anidien. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1928.
- KHAI (NGUYEN VAN). — Contribution à l'étude du bérubéri post-partum. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1932.
- LALUNG BONNAIRE. — Observation d'un kyste abdominal. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1932.
- LALUNG BONNAIRE. — Opération césarienne chez une femme à bassin rétréci précédemment opérée de fistule vésico-vaginale. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1930.
- LALUNG BONNAIRE et BABLET. — Rupture de grossesse tubo-ovarienne. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1925.
- LAVAU. — Etrange mutilation causée par une matrone annamite. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1925.
- LAVAU. — Grossesse tubaire. Rupture du kyste fœtal au quatrième mois. Intervention au quatrième jour. Guérison. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1925.
- LAVAU. — Note sur la mortalité infantile. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926.
- LAVAU. — Deuxième enquête sur la mortalité infantile en Cochinchine particulièrement dans ses rapports avec la syphilis. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926.
- LAVAU. — Considérations sur la grossesse tubaire rompue. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926.

- LAVAU. — Rate palustre de vingt-sept centimètres fixée en ectopie pelvienne droite. Splénectomie. Guérison. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926.
- LAVAU. — Un cas de grossesse molaire de 3 mois. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1928.
- LAVAU. — Contribution à l'étude de la prophylaxie et du traitement de l'infection puerpérale. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1928.
- LAVAU. — L'anatomie du bassin annamite dans ses rapports avec la présentation de l'épaule. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1929.
- LAVAU et NGUYEN VAN CHUC. — Grossesse abdominale terminée par élimination spontanée du fœtus par l'abdomen. Guérison. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1928.
- LECOMTE. — L'assistance médicale en Cochinchine. *Ann. méd. et phar. col.*, 1927.
- LEROY DES BARRES. — Crise de colique hépatique au cours de la grossesse avec réaction péritonéale vive simulant une rupture viscérale. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1910.
- LEROY DES BARRES. — Statistiques de la maternité (Hanoï) pour l'année 1910. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1911.
- LEROY DES BARRES. — Colique hépatique et grossesse. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1923.
- LEROY DES BARRES. — Note sur un cas d'opération de Portes. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1923.
- LEROY DES BARRES. — Grossesse utérine avec rétention fœtale remontant à huit années. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926.
- LEROY DES BARRES. — Un cas de grossesse abdominale, laparotomie, enfant vivant, guérison. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926.

- LEROY DES BARRES. — Hôpital du protectorat à Hanoï. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1927.
- LEROY DES BARRES. — Maladies vénériennes au Tonkin. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1927.
- LEROY DES BARRES. — La mortalité infantile au Tonkin. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1928.
- LEROY DES BARRES. — Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de l'Indochine, Hanoï, 1931.
- LEROY DES BARRES et FERRIS. — Note sur un cas de tétanos infantile terminé par la guérison. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1911.
- LOZACH. — Enquête sur la laits de la région de Hanoï. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1930.
- NGUYEN XUAN MAI. — Note sur un cas de rétrécissement vulvaire et vaginal d'origine cicatricielle consécutif à un accouchement. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1911.
- MARCEL. — L'hygiène rurale au Tonkin. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926.
- MARCEL. — Etudes sur la province de Hadong. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926.
- MARRIQ. — Un cas de rupture de grossesse extra-utérine de trois mois. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1924.
- MARRICQ et UNG THONG. — Un cas de môle hydatiforme avec rupture utérine. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1931.
- MARQUE. — Les maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et les pays sous mandat pendant l'année 1931. *Ann. méd. et phar. col.*, 1933.
- MASSIAS. — Un cas de streptococcie grave guérie par de petites transfusions sanguines. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1930.

- MASSIAS et TRAN VAN CAU. — Monstre cyclopéen diophtalme mono-orbitaire. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1925.
- MATIGNON. — Misère, crime et superstition en Chine. Paris, 1902.
- MAUPETIT. — Mœurs laotiennes. *Bul. Soc. anth.*, 1913.
- MENAU. — Médecine et matière médicale cambodgienne. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1928.
- MICKANIEWSKI et MORIN. — Notes sur la province Moï du Kontum. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1927.
- MILLOUS. — Intoxications médicamenteuses par drogues d'herboriste chinois. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1925.
- MILLOUS, NGUYEN VAN HOANH et TRAN VAN TAI. — Note clinique sur les polynévrites post-partum en Indochine. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926.
- MONTÉL. — Empoisonnements médicamenteux. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1911.
- MONTÉL et TRAN VAN AN. — Notes statistiques sur la mortalité infantile de la ville de Saïgon. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926.
- MONTÉL. — Septicémie gonococcique à localisations multiples chez un nourrisson de 1 mois 1/2. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1930.
- NORMET. — Posologie et mode d'administration des sérums citratés. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1930.
- PAULET et NKAN VAN LOI. — Monstre pseudencéphalien avec fissure faciale. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926.
- PELIETIER. — Accouchement d'un enfant vivant et d'un fœtus mort. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1914.
- PERROT et HURIER. — Matière médicale et pharmacopée sino-annamite. Vigot, 1907.

- PERTHUISOT et NGUYEN SI DUNG. — Enfant à terme vivant, pesant 1.350 grammes. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1913.
- PILOZ. — Nécrose de la peau chez un nouveau-né. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1924.
- PITOS et PHAN VAN LU. — Rupture d'un utérus gravide consécutive à une chute légère sur le siège. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1924.
- POLIDORI. — Tétanos ombilical au Tonkin. Deux cas de guérison. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926.
- Recueil des avis du comité de jurisprudence annamite sur les coutumes des Annamites, du Tonkin. Hanoï, 1931.
- REGNAULT. — Médecine et pharmacie chez les Chinois et les Annamites. Paris, 1904.
Rev. méd. Ind. : Revue médicale de l'Indochine.
- RICOU. — Contribution à l'étude du traitement des hémorragies graves par l'emploi du sérum citraté Normet. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1930.
- RIGOLLET. — Obstétrique et puériculture, in Grall et Clarac. Traité de path. exotique, Baillière, 1922.
- RIVOALEN et DANG THE TRINH. — Grossesse extra-utérine avec rétention du fœtus mort, évacuation spontanée par la paroi abdominale au treizième mois. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1932.
- ROTON et VIELLE. — Observation d'un cas de môle hydatiforme. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1925.
- SALLÉ. — Absence congénitale de la partie extérieure de l'oreille. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1925.
- SALLÉ. — Absence congénitale du front chez un mort-né hydrocéphale. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1930.

- SALLÉ et LE VAN KY. — Sur un cas de septicémie pesteuse maternelle. Accouchement normal, enfant indemne. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1925.
- SALLET. — Les traitements de la sécrétion lactée employés en Annam. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1929.
- SAMBUC. — Un cas de grossesse abdominale terminée par l'évacuation spontanée du fœtus par l'abdomen. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926.
- SAMBUC. — Un cas d'absence complète des membres supérieurs. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1928.
- SAMBUC. — Grossesse molaire extra-utérine. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1928.
- SAMBUC. — Traitement des vomissements dits incoercibles par l'hémothérapie. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1930.
- SAMBUC. — Tumeur congénitale du front chez un mort-né hydrocéphale. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1930.
- SAMBUC. — Hémorragie par rupture de grossesse tubaire traitée par le sérum Normet. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1930.
- SAMBUC et NGO VAN HIEU. — Monstre apocéphale. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1928.
- SAMBUC et NHAN VAN LOI. — Monstre térentencéphale. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1931.
- SAMBUC et PHAN VAN LU. — Cloisonnement du vagin par brides cicatricielles. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926.
- SAMBUC et PHAN VAN LU. — Seize cas de grossesse ectopique. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926.
- SAMBUC et PHAN VAN LU. — Un cas de grossesse abdominale de septième mois. Fœtus mort et macéré. Infection. Décès. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1926.
- Statistiques du bureau d'hygiène, 1928. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1929.

- SUREAU et DEGORCE. — Imperforation de l'anus. Fistulisation spontanée de l'ampoule rectale. Guérison. *Rev. méd. Ind.*, 1909.
- TRAN VAN TAI. — Une observation de subinvolution utérine syphilitique. *Bul. Soc. méd. Ind.*, 1926.
- TARDIF. — Un nouveau-né annamite du sexe féminin pesant 4 kgs 400. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1914.
- TIROUVANZIAM. — Deux monstres jumeaux tératosomes. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1927.
- TIROUVANZIAM. — Hémorragies génitales chez une enfant. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1927.
- TIROUVANZIAM. — Hernie diaphragmatique chez un nouveau-né. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1930.
- LE QUANG TRINH. — Croyances et pratiques médicales sino-annamites. Thèse, Montpellier, 1911.
- UNG HOAT. — Grave hémorragie post-abortionum. Cuerettage in extremis. Injection de sérum Normet pendant l'opération. *Bul. Soc. méd. chir. Ind.*, 1931.
- VINCENT. — La médecine en Chine au xx^e siècle. Paris, 1915.
- X..... — Les jardins d'enfants au Tonkin.

